

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TEST TSEDECK (1)

PAR

G. BOISSON (de la Marine)

Introduction

A la séance du 27 octobre 1947 de la Société médico-psychologique, le professeur H. Baruk et Mlle Ribière présentaient un nouveau test permettant d'apprécier la valeur du jugement moral. Pour le spécifier davantage sur le plan éthique, le professeur Baruk lui a donné le nom de test de « Tsedeck », mot hébraïque qui « désigne précisément cette fusion du cœur et de l'esprit qui réalise l'attitude vraiment humaine, vraiment bien-faisante ».

La présentation de ce test comprenait, d'une part, l'énoncé de l'épreuve proprement dite : « quinze situations où l'on doit prendre une décision pratique, en déterminant ce que l'on croit juste », et, d'autre part, les résultats obtenus à partir d'une première expérimentation. Résultats d'ordre très général et qui n'étaient accompagnés d'aucun travail statistique.

En 1950, le professeur H. Baruk et le docteur Bachet faisaient

(1) Service de neuro-psychiatrie, Hôpital Sainte-Anne, Toulon.

paraître aux Presses universitaires de France l'ouvrage « Le test Tsedeck ». Travail très complet, tant au point de vue théorique qu'au point de vue exploitation statistique des résultats, et permettant de nouvelles recherches dans le sens indiqué par les auteurs.

Séduit par les conclusions auxquelles ces derniers avaient été amenés, il nous a paru intéressant d'appliquer à notre tour cette épreuve pour rechercher sa valeur pratique dans le cadre bien défini de la sélection en milieu militaire. Les résultats que nous avons obtenus feront l'objet de cette étude.

A) Echantillon de population étudié. Niveau intellectuel

Nous avons soumis à cette épreuve 200 sujets âgés de 17 à 20 ans, engagés volontaires et recrutés. La très grande majorité d'entre eux avait reçu une formation primaire (certificat d'étude, brevet élémentaire). Ils provenaient d'un milieu social le plus souvent modeste (paysans, ouvriers, petits commerçants). Tous furent soumis à des tests d'intelligence générale. Tests qui comprenaient : le Matrix, un test verbal, un test mécanique, un test de raisonnement, et qui nous ont permis de les classer entre eux suivant la valeur de leur niveau intellectuel en cinq groupes :

groupe	I	.....	très bons
—	II	.....	bons
—	III	.....	moyens
—	IV	.....	médiocres
—	V	.....	mauvais

B) Application de l'épreuve

Pour des raisons essentiellement pratiques, nous avons fait passer cette épreuve par écrit. Ce procédé n'est sans doute pas celui conseillé par le professeur Baruk, mais l'expérience nous a montré que c'était là une méthode d'application et d'exploitation très satisfaisante.

Notre technique d'application a été la suivante : s'assurer que chaque sujet a une feuille de papier et un crayon bien taillé, et dire :

« 1° L'épreuve que vous allez passer n'est pas un examen, mais nous voulons simplement vous demander votre avis à propos de circonstances où il y a eu une décision difficile à prendre et où tout le monde peut se trouver embarrassé. Des avis différents nous ont été donnés, nous serions heureux d'avoir votre opinion personnelle.

« 2° Ecoutez-moi attentivement, nous allons commencer (énoncé du premier problème) : Dans une caserne, un vol a été commis ; on n'a pas pu trouver les coupables. Le chef décide de punir un soldat sur dix. Que pensez-vous de cette décision ?

« Je répète (nouvel énoncé du problème).

« 3° Ecrivez votre opinion sur la feuille qui est en face de vous et marquez devant votre réponse le chiffre I. »

On accorde deux minutes pour la rédaction. (Temps amplement suffisant d'après notre expérience).

Puis, on présente le deuxième problème selon le même mode d'application.

Avec les consignes, la durée de l'épreuve est d'environ quarante-cinq minutes.

Les sujets, en très grosse majorité, comprennent parfaitement ce qu'on attend d'eux. Les réponses sont claires, explicites et très exploitables. Trois ou quatre lignes suffisent généralement à leur rédaction.

Ils passent l'épreuve avec intérêt, la trouvent attrayante, moins scolaire que les autres épreuves psychométriques. Suivant leur culture générale et leur niveau intellectuel, ils donnent des réponses dans un style très variable, mais jamais ironique. Les trois mille solutions proposées traduisent toutes un excellent degré de sérieux et d'application dans leur rédaction.

Dans la première partie de ce travail, nous exposerons nos résultats statiques. Nous les comparerons à ceux obtenus par les auteurs du test, en en tirant les conclusions générales qui paraissent s'imposer.

Dans la seconde partie, en nous basant sur un certain nombre d'observations, nous aborderons l'intérêt purement pratique de cette épreuve, en dégageant ce que l'on peut en attendre dans le cadre d'une meilleure sélection du personnel.

I

PREMIÈRE PARTIE

Résultats statistiques

I. — *Corrélation entre le nombre de jugements moraux et le niveau intellectuel*

Nous avons tout d'abord isolé le nombre de jugements moraux (jugements affectifs et jugements synthétiques), qui apparaissent dans chaque épreuve.

Pour les deux cents sujets examinés, la répartition de ces jugements a été la suivante :

Jugements moraux	15	=	25	sujets
—	14	=	32	—
—	13	=	47	—
—	12	=	37	—
—	11	=	25	—
—	10	=	14	—
—	9	=	11	—
—	8	=	5	—
—	7	=	0	—
—	6	=	3	—
—	5	=	1	—

A partir de ces résultats, nous avons recherché l'indice de corrélation, traduisant le lien qui pouvait exister entre le nombre de jugements moraux et le niveau intellectuel défini par les épreuves psychométriques. Nous avons utilisé la méthode ennéachorique de Couméton. L'indice obtenu a été de 0.

Il n'y aurait donc aucune corrélation entre le niveau du sens « Tsedeck » et le niveau intellectuel.

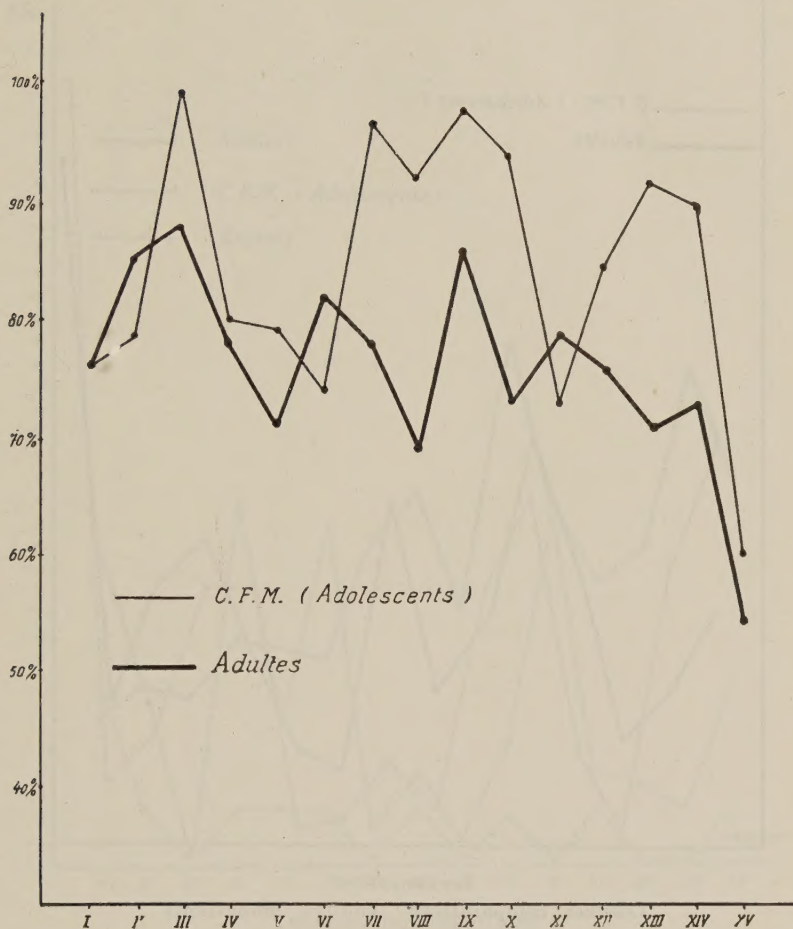
II. — *Etude comparative : adultes-adolescents (C.F.M.)*

La comparaison des courbes exprimant ces résultats et celle des pourcentages moyens :

Réponse désapprobation	{	Adultes	78 %
		Adolescents	85 %
Réponses approbatives	{	Adultes	10 %
		Adolescents	8 %
Doubles jugements	{	Adultes	12 %
		Adolescents	7 %

nous montrent que les adolescents ont un jugement moral plus élevé que celui des adultes. Ils approuvent moins les solutions uniques et ils les désapprouvent avec plus d'énergie.

Par contre, les adultes ont une tendance plus marquée à faire appel au double jugement. Ils semblent par ce mode de jugement rechercher une conciliation entre leur élan affectif et les exigences d'une morale d'utilitarisme social. Rendus sceptiques et blasés par les expériences de la vie, ils adoptent plus facilement que l'adolescent la constatation de fait.



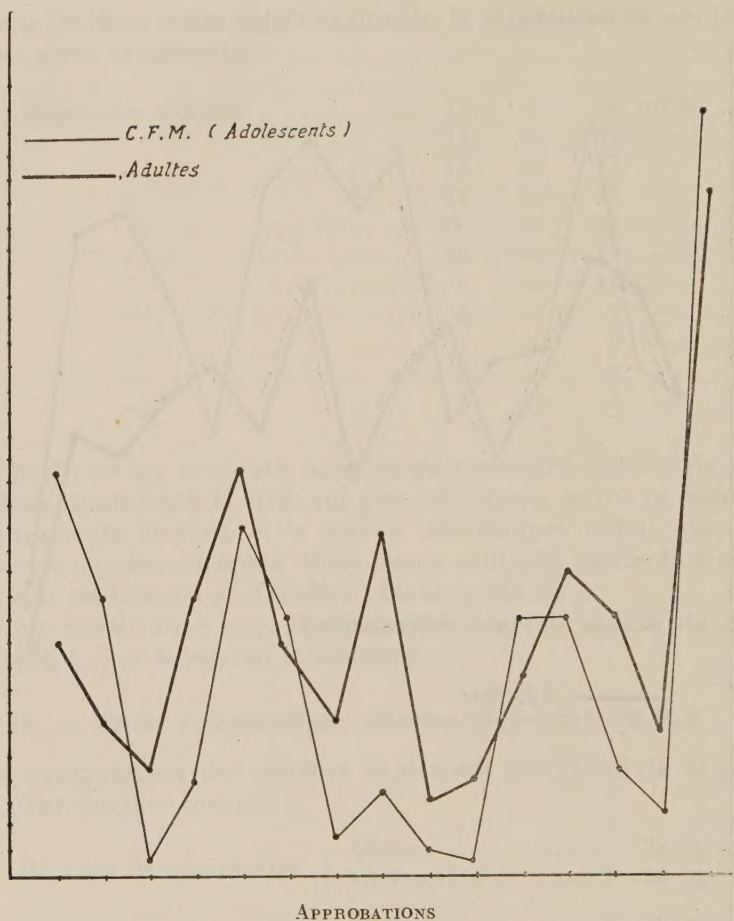
DÉSAPPROBATIONS

Courbes comparatives : adolescents, adultes

III. — Etude comparative : enfants-adultes

Pourcentages moyens :

D	Adolescents	85 %
	Enfants	89 %
A	Adolescents	8 %
	Enfants	8,5 %
M	Adolescents	7 %
	Enfants	2 %



Courbes comparatives : adultes, adolescents

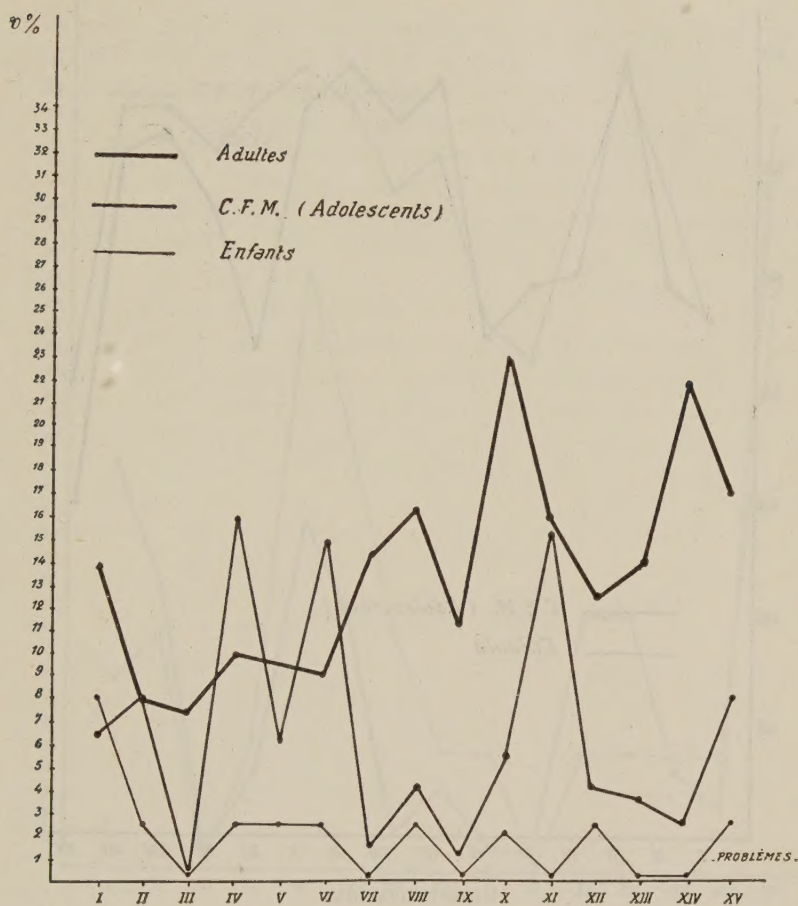
De ces résultats nous pouvons déduire :

- 1° que l'enfant a une tendance plus marquée que l'adolescent à désapprouver les conduites injustes ;
- 2° qu'il fait assez peu appel au double jugement.

IV. — *Etude comparative : enfants-adolescents-adultes*

Il ressort de l'étude comparative globale que l'enfant et l'adolescent ont un jugement moral de valeur très voisine et supérieur dans l'ensemble à celui de l'adulte.

Sous l'influence de l'âge, l'élan affectif perd de sa spontanéité

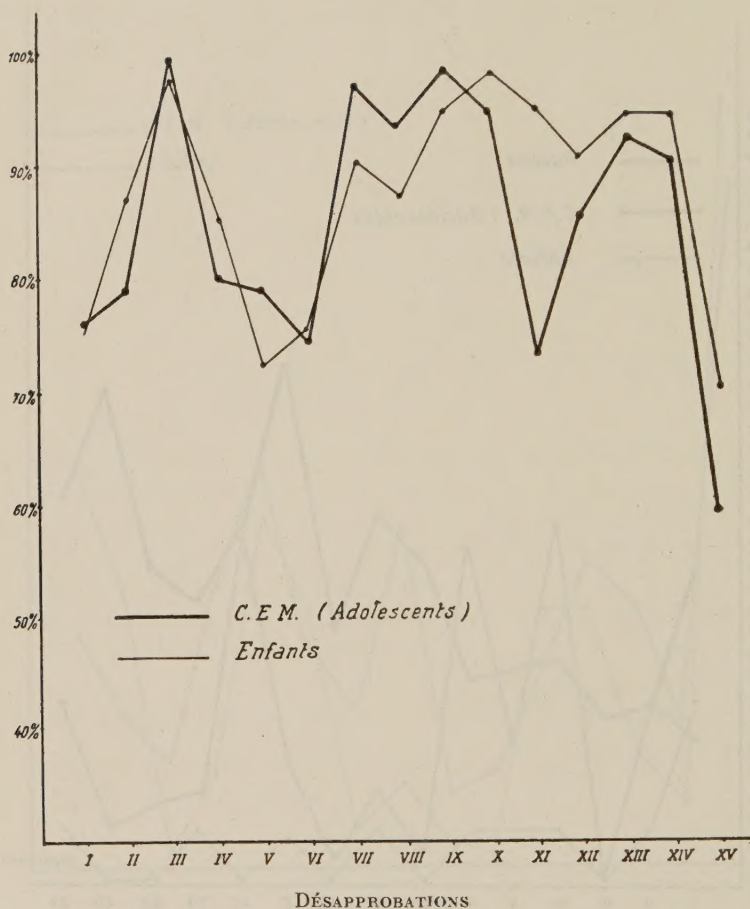


OPINIONS INTERMÉDIAIRES

Courbes comparatives : adultes, adolescents, enfants

et de sa fraîcheur d'expression. En face de l'injustice, l'individu de 20 ans a sensiblement les mêmes réactions que celles qu'il aurait eues dans son enfance, mais on décèle chez lui l'apparition d'un jugement d'utilitarisme social extrêmement marqué. L'adolescent, plus que l'enfant, plus que l'adulte, sacrifie assez facilement l'individu à l'intérêt de la société ou du groupe social dans lequel il vit.

En effet, si nous considérons les décisions injustes qui sont le plus facilement approuvées par lui, on constate que les pourcentages d'approbation les plus élevés concernent les problèmes I, V, VI, XI.



DÉSAPPROBATIONS
Courbes comparatives : adolescents, enfants

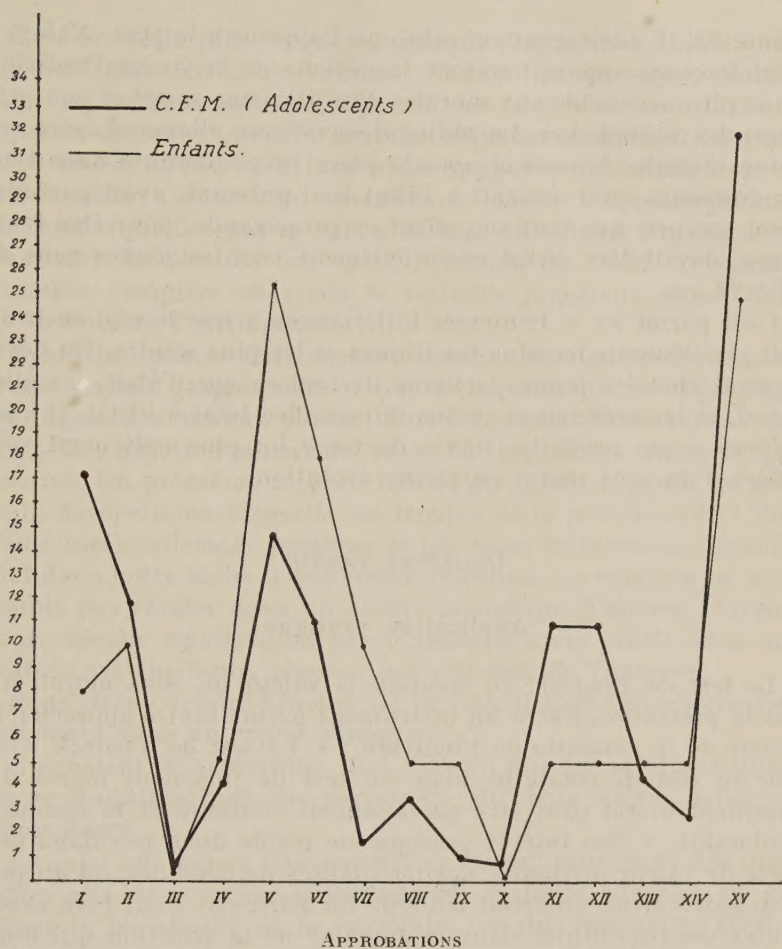
Question n° I : 17,5 % d'approbation en faveur d'une solution satisfaisant le bien du service (intérêt social limité au groupe).

Question n° V : 15 % d'approbation en faveur d'une solution satisfaisant le bien du service.

Question n° VI : 11 % d'approbation en faveur d'une solution satisfaisant l'intérêt social.

Question n° XI : 11 % d'approbation en faveur d'une solution satisfaisant le bien du service.

On peut faire la même constatation chez les enfants, en remarquant que les pourcentages approbation concernent les problè-



Courbes comparatives : enfants, adolescents

mes V, VI, II, mais en quatrième position apparaît le problème n° VII, avec 10 % d'approbation pour une solution unique satisfaisant le besoin de vengeance.

Chez les adultes, on retrouve également cette influence très marquée de la morale « utilitaire », avec les pourcentages d'approbation les plus élevés pour les questions V (17,5 % d'approbation), VIII (14,5 %). Mais, avec les problèmes XII (13 % d'approbation) et IV (12 %), apparaissent dans les réponses le cynisme et le goût de la fraude ou de la « combine », étrangers à l'enfant.

La décision injuste approuvée le plus largement par les enfants, les adolescents et les adultes est nettement celle du pro-

blème XV. L'adolescent est celui qui l'approuve le plus (32,5 %). L'adolescence apparaît comme la période de la vie où l'individu est le plus accessible aux morales d'utilitarisme social et aux propagandes xénophobes. Le national-socialisme allemand, avec ses haines raciales féroces et avec la place prépondérante dans tous les domaines qu'il donnait à l'Etat tout-puissant, avait parfaitement compris que tout son effort de propagande, pour être fructueux, devait être dirigé essentiellement vers les jeunes gens de 17 à 20 ans.

C'est parmi les « Jeunesses hitlériennes » que le régime trouvait ses éléments les plus fanatiques et les plus solides. En développant chez les jeunes la haine de tout ce qui n'était pas allemand, et les prétendues vertus du sacrifice total à l'Etat, il a su utiliser à son profit les lignes de force les plus nettement spécifiées d'un sens moral en pleine évolution.

DEUXIÈME PARTIE

Application pratique

Le test de Tsedeck, en sondant la valeur du sens moral, n'a pas la prétention d'être un instrument permettant d'apprécier la valeur de la conduite de l'individu : « Le test de Tsedeck n'est pas un test de conduite, mais un test de jugement moral. Le jugement moral peut être parfaitement conservé et la conduite déplorable. » Son intérêt pratique ne réside donc pas dans une sorte de valeur prédictive des possibilités de conduite, qu'un peu trop hâtivement, on serait tenté de lui attribuer. Pour bien saisir toutes ses possibilités dans le domaine de la sélection qui nous intéresse ici, il faut avoir, présentes à l'esprit, les conceptions psychologiques du professeur H. Baruk concernant la personnalité. Conceptions largement développées dans son ouvrage « La psychiatrie morale », et que nous résumerons brièvement. Pour l'auteur, le jugement moral est lié à l'ensemble de la personnalité. Ce n'est pas une fonction à part, mais « le produit de la synthèse de toute la personnalité intellectuelle et affective, consciente ou inconsciente ». Que ce fonctionnement synthétique vienne à s'affaiblir exagérément, alors nous devons suspecter chez l'individu une personnalité ayant perdu ses facultés d'intégration intellectuelle et affective, et susceptible d'un comportement humain anormal ou franchement pathologique. Les solutions « justes » aux 15 situations proposées dans l'épreuve traduiront le jeu d'une synthèse harmonieuse de l'esprit et du cœur.

C'est le cas le plus fréquent, puisque d'après nos statistiques, qui confirment celles de l'auteur, 70 à 90 % des sujets étudiés ont un jugement sain. A l'opposé, les solutions « injustes » apparaissant avec une trop grande fréquence traduisent un jugement moral altéré, et il faut alors supposer une atteinte de la personnalité « dans son ensemble ». Ainsi, les schizophrènes sont remarquables par la baisse de leur affectivité. Un jugement purement intellectuel et absolu, dénué de toute sympathie humaine, remplace chez eux le véritable jugement moral, celui du cœur et de l'intelligence.

Ayant fait passer cette épreuve à deux cents adolescents, nous avons traduit graphiquement (cf. histogramme) la répartition des jugements moraux suivant leur fréquence. Nous voyons que 71 % des sujets donnent de 12 à 15 jugements moraux par épreuve. Un problème se pose immédiatement : à partir de quel seuil, devons-nous suspecter un trouble de la personnalité ? Problème essentiellement pratique et qui nous intéresse au premier chef dans notre tâche d'une bonne sélection. La solution ne nous semble pas résider dans un chiffre brutal qui n'aurait, croyons-nous, aucune signification psychologique, mais plutôt dans une analyse systématique, réponse par réponse, de l'épreuve.

Pour tirer quelque bénéfice de ce test, il faut l'aborder essentiellement dans un esprit clinique.

Il convient de remarquer tout d'abord que les solutions injustes ne traduisent pas une perversion du sens moral selon un même degré.

Le sujet qui trouve tout naturel de laisser sans soins des incurables afin de favoriser davantage des malades curables, ou qui admet le bien-fondé de la calomnie ou du mensonge comme moyens de réussite, nous paraît plus gravement atteint au point de vue moral, c'est-à-dire dans l'intégrité de sa personnalité tout entière, que celui qui admet qu'on peut punir un soldat sur dix à titre de sanction disciplinaire.

De même, la constatation de fait, le double jugement nous paraissent des attitudes moins condamnables, sur le plan éthique, que certaines prises de position franchement cyniques et inhumaines. Enfin, il convient d'isoler les questions incomprises, parfois assez fréquentes chez les intelligents, et qui enlèvent toute signification au nombre absolu des jugements moraux.

Portant essentiellement notre attention sur les engagés volontaires, qui constituent l'élément le plus intéressant pour la marine, nous avons retenu quatorze épreuves, parmi cent fournies par ces jeunes gens. Dix d'entre elles ne contenaient que neuf à

dix jugements moraux. L'analyse méthodique des réponses nous ayant montré que la pauvreté relative en de tels jugements s'expliquait par un certain nombre de réponses incomprises, nous les avons éliminées immédiatement. Par contre, nous avons poussé plus avant notre investigation clinique et psychologique pour trois sujets dont les résultats se répartissent ainsi :

1 donnait 9 jugements moraux. Coefficient $T = \frac{9}{6}$

2 n'en donnaient que 6. Coefficient $T = \frac{6}{9}$

Les trois sujets furent soumis à un interview et à l'épreuve de Rorschach. Ils furent en plus l'objet d'un rapport de leur capitaine de compagnie, concernant leur comportement social et leur aptitude de coopération. Ce sont leurs observations détaillées que nous allons présenter.

OBSERVATION N° 1

A... Louis, 17 ans. Engagé volontaire.

I) Résultats aux épreuves psychométriques :

Tests	Scores	Groupes
—	—	—
Matrix	37	III
Verbal	71	II
Raisonnement	23	II
Mécanique	20	III

Niveau d'intelligence (étalonnage engagé volontaire) = III +.

II) Résultats au Tsedeck : Doubles jugements : 5 (I, VI, VIII, X, XIII). Jugements utilitaires : 3 (VI, XII, XV). Question incomprise : 1 (XIV). Jugements moraux : 6.

a) Jugements injustes : IV. R. : Il est très difficile de se prononcer car le premier homme qui se conduit mal envers son adversaire nous indique qu'il est ambitieux, mais il lutte aussi et peut-être mieux pour une bonne cause, celle du bien-être pour tous.

XII. R. : Ce professeur est un malin, surtout s'il se trouve d'avoir des sujets dignes de ces élogieuses notes. Dans le cas contraire, cela n'a pas d'importance puisqu'il ne fait pas de mal à personne.

XV. R. : Les Français d'abord.

III) Résultats du Rorschach : Niveau intellectuel moyen. Pensée concrète, pratique, sans originalité. Capacité d'imagination médiocre. Pas de faculté de synthèse et d'abstraction. Tendances dépressives. Emotivité assez vive et mal contrôlée. Présence de réponses humaines

ayant un caractère péjoratif laissant supposer une certaine difficulté pour un bon ajustement social.

Pl. II. Le rouge sup. : Une tête de sorcière.

Pl. III. L'ensemble : Deux polichinelles.

Pl. IV. Détail supérieur : Un monstre humain.

Pl. V. Masse latérale : Un monstre humain (une grosse tête sur des béquilles).

Pl. VII. $\frac{1}{3}$ sup. + $\frac{1}{3}$ moyen : Le corps d'un homme difforme et grotesque.

Protocole de Rorschach

R = 45

G = 3

G % = 7 %

D = 36

D % = 80 %

Dd = $\begin{cases} \text{Dd} = 1 \\ \text{Di} = 1 \\ \text{Dl} = 2 \\ \text{Do} = 1 \\ \text{De} = 1 \end{cases}$

Type d'appréhension = G. D. Dd

Dd % = 13 % $\begin{matrix} G = 3 \\ \overline{K} = 4 \end{matrix}$

F = 35

K = 4

Type de résonance interne = 4K-0C

F % = 77 %

C = 0

A = 12

A = 18

F + = 30

CF = 0

Ad = 6

$\overline{H} = 14$

F + % = 86 %

FC = 0

A % = 40 %

Clob = 1 H = 4

Ban = 7

F(E) = 2 Hd = 8

Ban % = 16 %

Kan = 1

VIII + IX + X

(E)F = 2 H % = 27 %

$\frac{\text{VIII} + \text{IX} + \text{X}}{\text{R}} = 30 \%$

IV. *Interview. Comportement social* : Sujet d'intelligence moyenne. Culture générale rudimentaire (n'a pas dépassé le certificat d'études). S'engage dans la Marine pour y faire sa carrière. Aimait avoir la spécialité d'électricien. Aidait ses parents à l'exploitation de leur ferme avant de s'engager.

Bon contact. Réponses pertinentes. Un peu intimidé au début de l'entretien, mais bon contrôle émotif. Apparaît comme un sujet dynamique, bien équilibré, vivant, sympathique, rapidement en confiance. Très content de son contact avec la Marine. Travaille pour améliorer son instruction, afin de pouvoir obtenir la spécialité qui l'attire.

Bien noté par son capitaine de Compagnie. Travailleur, discipliné et consciencieux. Depuis le début de ses formations, n'a manifesté aucun comportement anormal.

V) *Conclusions*. — Personnalité qui, d'après son comportement, apparaît parfaitement normale et capable même d'une bonne adaptation en milieu militaire.

Il semble donc qu'il existe une contradiction entre les données du Rorschach, du Tsedeck d'une part et le style de vie de ce sujet d'autre part.

Notre expérience personnelle nous incite cependant à penser que cette contradiction n'est qu'apparente. Par simple intérêt (dans le cas présent, intérêt de réussite dans la marine), un tel sujet peut fort bien refouler des traits de personnalité péjoratifs, en sachant se soumettre adroitement aux impératifs sociaux du groupe.

Seuls, alors, les tests projectifs et le Tsedeck, ou encore une observation psychologique portant sur un laps de temps suffisamment long permettent de déceler le trait caractériel constitutionnellement asocial, camouflé plus ou moins consciemment.

OBSERVATION N° 2

L... Maurice, 18 ans. Engagé volontaire.

I) Résultats aux épreuves psychométriques :

Tests	Scores	Groupes
Matrix	16	V
Verbal	52	III +
Raisonnement	9	IV
Mécanique	16	IV

Niveau d'intelligence = groupe IV.

II) Résultats au Tsedeck : Jugement d'utilitarisme social : 3 (I, V, VII). Questions incomprises : 2 (XI, XII). Double jugement : 1 (VI). Jugements moraux : 9.

Jugements injustes : I. R. : Cette décision est bonne, mais au coupable à se dénoncer.

V. R. : Attitude stupide, car il ne sait pas de qui il aura besoin, même de cet ennemi.

VII. R. : Bonne décision, surtout si les fautes commises sont de grande envergure (attitude condamnée sur le plan de l'utilitarisme particulier et bon sur le plan moral).

III) Rorschach : Niveau intellectuel très médiocre. Pensée étroite, stéréotypée, aucune originalité. Intérêts généraux très limités. Pauvreté de l'imagination. Esprit mesquin et étroit.

Très fortement coarté : OK = OC.

A signaler le contenu péjoratif des interprétations humaines.

Pl. III. Ensemble : Deux pantins.

Pl. VII. le $\frac{1}{3}$ sup. : Une caricature de personne.

Protocole de Rorschach

		R = 16	
G = 1		G % = 6 %	
D = 11		D % = 69 %	
	Do = 2		
Dd =	Dd = 1	Dd % = 25 %	
	Dbd = 1	Type d'appréhension : G. D. Dd.	
	K = 1		
	C = 0	Type de résonance interne : IK-OC	
	CF = 0	VIII + IX + X = 45 %	
	FC = 0	R	
	A = 3 H = 1	Ban = 5	Veget. = 3
	Ad = 4 Hd = 1	Ban % = 31 %	Objet. = 2
A % = 43 %	A = 7	Orig = 0	Anat. = 1
	$\frac{-}{-} = \frac{-}{-}$	0 % = 0	Nat. = 1
	H = 2		
		Refus = 2	$\left. \begin{matrix} V \\ IX \end{matrix} \right\}$

Remarque : Absence de persévération, mais recherche un peu marquée de la symétrie.

IV) *Comportement. Interview :* Sujet très médiocrement doué. Inculte, timide, effacé. Manque de dynamisme. Nonchalant. Tempérament lymphatique. Paresseux. Personnalité sans relief. Discipliné, s'adapte passivement au milieu, mais ne « participe » pas effectivement.

S'est engagé dans la Marine par suite du chômage (apprenti mécanicien). Vocation militaire assez douteuse et maritime essentiellement imaginative.

Comportement en groupe normal, ne s'est fait remarqué en rien depuis le début de ses formations.

V) *Conclusions.* — Remarques tout à fait analogues à celles de la première observation.

OBSERVATION N° 3

Portrait psychologique : F... Jean, engagé volontaire de 5 ans pour le groupe électricité-radio. Certificat d'études à 12 ans. Nous est adressé par le capitaine de Compagnie pour un examen caractériel avec la note suivante :

« Sujet n'ayant que très peu de suite dans les idées, assimile difficilement ce qui lui est dit. Tendance à la vantardise et à la récri-

mination. Ne possède qu'une idée très faible de la discipline. Manque total de bonne volonté. Tenue négligée. »

Est né à Bastia, en Corse. Son père, ancien adjudant-chef des troupes coloniales, est employé civil dans une organisation militaire. Bonne santé. Une mère également en bonne santé et quatre sœurs. A suivi son père dans ses différentes garnisons : Corse, Indochine, Syrie, Marseille, Corse. Etudes primaires jusqu'à 12 ans. Obtient son certificat d'études primaires, puis rentre dans une école technique à Bastia, y reste deux ans. Ne termine pas sa scolarité. Entre en apprentissage dans un atelier de menuiserie. Le travail du bois ne lui plaisant pas, quitte son employeur et reste un an à peu près oisif, bricolant pour gagner un peu d'argent. Sur les conseils de son père, s'engage dans la Marine.

Se présente à nous correctement, mais dès les premières questions que nous lui posons, prend un air buté, quelque peu agressif. L'interview est particulièrement pénible. Fuit tout contact, se contente le plus souvent de répondre par oui ou non.

Puis s'enferme dans un mutisme complet difficile à vaincre. Lui parlant de son pays natal, la Corse, son intérêt paraît s'éveiller et il semble alors plus en confiance. Ses réponses sont pertinentes, plus explicites.

N'a jamais eu beaucoup de goût pour l'étude. Le bricolage l'a toujours ennuyé. Il garde un mauvais souvenir de son passage à l'école professionnelle, l'enseignement qu'il y recevait ne correspondait pas à ses goûts et il ne s'entendait pas avec ses professeurs. Aurait aimé à apprendre le métier d'électricien, mais ne peut préciser pour quelles raisons.

A toujours préféré vivre seul. Peu de camarades. Aime les promenades solitaires. Les livres, le cinéma ne l'intéressent pas. Aucun goût pour le sport (sa seule activité sportive est le jeu de boules). A peu près inculte en dehors de ses connaissances primaires : la musique, le dessin, la peinture le laissent complètement indifférent.

Ne s'entendait pas avec son père qu'il estime trop sévère et trop dur. Quand nous lui parlons de sa mère, ne manifeste pas un attachement familial très grand. Ignore ce que font deux de ses sœurs, « qu'il croit mariées ».

Ne regrette pas le milieu familial et dit se plaire dans la Marine. Bien qu'il sorte de prison au moment où nous le voyons (réponses injurieuses aux remarques d'un officier-marinier), ne semble pas en vouloir à ses supérieurs. Très susceptible cependant, n'aime pas qu'on se moque de lui.

Ne peut préciser pour quelles raisons il s'est engagé dans la Marine. Invoque les conseils de son père, la nécessité de faire quelque chose dans la vie, le tout sans conviction.

Sa vocation militaire est à peu près inexistante.

Peu combatif, la perspective d'être envoyé en Indochine ne l'en-

chante pas beaucoup, préférerait une affectation en Corse ou à Marseille.

S'estime en excellente santé, ne manifeste aucune préoccupation hypocondriaque.

Son chef de section nous le dépeint comme un sujet buté, indifférent, nonchalant. Facilement indiscipliné, ne met aucune bonne volonté à coopérer. Peu aimé dans sa compagnie, s'isole facilement et ne cherche pas à se lier avec ses camarades.

Interrogé lors d'un récent examen d'instruction maritime, refuse de répondre sans aucune raison valable.

Deux traits essentiels nous semblent spécifier la personnalité de ce sujet : une indifférence totale se manifestant dans tous les domaines (activité-affectivité) et l'inadaptabilité sociale. Traits caractériels qui associés à un certain négativisme nous paraissent traduire une constitution schizoïde prononcée.

A été immédiatement résilié et renvoyé dans ses foyers.

OBSERVATION N° 3

I) Résultats aux épreuves psychométriques :

Tests	Scores	Groupes
—	—	—
Matrix	33	III
Verbal	32	IV
Raisonnement	10	IV
Mécanique	26	II

Niveau d'intelligence : groupe III.

II) Résultats du Tsedeck : Réponses injustes : 7. Double jugement : 1. Jugements moraux : 6. Question incomprise : 1.

Les réponses injustes sont les suivantes :

III. R. : « Le jeune homme regarde son intérêt personnel, si le titulaire était vieux, il est juste que le jeune homme travaille et que le vieux soit en retraite. »

II. R. : « Cette décision est juste — c'est un exemple pour les employés. Un employé doit faire le travail juste et franc. »

IV. R. : « Le concurrent a raison de dire du mal de son adversaire, dans la politique, tout est permis, c'est le résultat qui compte. »

XI. R. : « Le directeur n'est pas obligé de croire si cette employée faisait des heures supplémentaires gratuites. Il y avait un règlement à suivre, l'employée devait signer à l'heure exacte et reprendre le travail. Donc le directeur a raison. »

XII. R. : « Le professeur agit d'une bonne façon, cela encourage les mauvais élèves. »

XIII. R. : « Le rationnement est juste. Un travailleur doit manger pour résister au travail et élever sa famille. Un vieillard peut vivre avec peu de choses et même s'il meurt, il a déjà vécu. »

XV. R. : « Cette décision est juste, un étranger ne doit pas s'installer chez les autres, il doit habiter chez lui. Le Français, par exemple, ne doit pas être privé par les Italiens, Allemands, etc... »

III) Test de Rorschach :

<i>Pl. I</i> : L'ensemble.	Une chauve-souris.	GF + A.
L'ensemble.	Une feuille de platane.	GF + Végét.
La bordure ext.	Une côte avec des golfes, des caps.	DeF + Géog.
L'ensemble.	Une île avec des lacs au milieu.	G Dbl F + G.
<i>Pl. II</i> : L'ensemble.	Des poumons qui sont teints par la maladie.	GF — Anat.
<i>Pl. III</i> : L'ensemble.	Les os du bassin.	GF — Anat.
Le rouge central.	Les reins avec la colonne vertébrale.	DF — Anat.
L'ensemble.	Deux clowns qui s'amuse- sent.	GK H.
<i>Pl. IV</i> : L'ensemble.	Le dos d'un homme.	GF — Hd.
L'ensemble.	Une peau de bête.	GF + A.
Les bottes.	Botte italienne.	DF + Géog.
<i>Pl. V</i> : L'ensemble.	Un papillon.	GF + A.
<i>Pl. VI</i> : L'ensemble.	Une feuille de platane (persévération).	GF — Végét.
Tout le haut.	Un insecte.	DF + A.
Le prolong ^t latéral inf.	La presqu'île du Cotentin.	DF + Géog.
Le bord ext.	Un pourtour géographique (persévération).	DeF — Géog.
<i>Pl. VII</i> : le 1/3 moyen.	Tête d'éléphant.	DF + Ad.
Le 1/3 moyen (sans le prolongement).	La tête d'un homme dif- forme.	DF + Hd.
Extrémité du prolong ^t du 1/3 moyen.	Une tête de singe.	DdF — Ad.
Le prolongement du 1/3 moyen.	Le Cap Corse.	DdF — Géog.
<i>Pl. VIII</i> : Le 1/3 inf.	Le bassin.	DF — Anat.
Le centre.	La colonne vertébrale (parce que centrale).	DF — Anat. (Po).
Le 1/3 sup.	Les poumons.	DF + Anat.
Le rose latéral.	La rate.	DF — Anat.
<i>Pl. IX</i> : Ensemble.	Un papillon multicolore.	GCF A.

Ensemble	Une carte de géographie (à cause des différentes couleurs qui indiquent plusieurs pays).	GCF Géog.
Le vert central (en bas).	Une tête de lapin.	D $\hat{F}$ + Ad.
Le jaune central inf.	Deux lions face à face.	DF + A.
Le bleu latéral.	Racines de bruyère.	DF + Végét.
Le bistre moyen.	Deux personnes étendues les bras en avant et qui tournent la tête pour se répondre, se regarder (deux personnes qui ne sont pas normales, ce sont des êtres diffor- mes).	DK H.

Images préférée : la III : elle est ridicule, le dessin est bien imaginé.

Image rejetée : la VII : elle est peu représentative.

Protocole de l'observation n° 3

N = 32

G = 12	{ G— = 6 G+ = 6	G % = 37 %
D = 16		D % = 50 %
Dd = 2		Dd % = 13 %
De = 2		

Type d'appréhension = G D Dd

Succession = très relâchée

K = 2

C = 0

CF = 2

FC = 0

Type de raisonnement intime = 2 K — 2 C

Clob = 0

F(C) = 0

C = 0

k = 0

A	= 6	Ban	= 7
		Ban %	= 22 %
Ad	= 3	Orig.	= 5

A %	= 28 %	(O— : toutes anatomiques)
H	= 2	
Hd	= 2	
H %	= 13 %	

Anat.	= 9
Anat. %	= 28 %
Géog.	= 7
Géog. %	= 22 %
Végét.	= 3

$$\frac{\text{VIII} + \text{IX} + \text{X}}{\text{R}} = 37 \%$$

Persévérations = nombreuses (surtout anatomiques).

Une position (réponse) = Po.

OBSERVATION N° 3

Rorschach

On sait qu'il n'existe pas de protocole type de la schizophrénie. Les protocoles donnés par Rorschach, Beck, Klopfer et Kelley, Rapaport ne sont pas absolument superposables. Cependant, tous ces auteurs sont d'accord pour isoler trois signes pathognomoniques du syndrome schizophrénique :

- a) existence d'une ou plusieurs réponses de position ;
- b) variation considérable dans la qualité formelle des réponses ;
- c) réponses contaminées.

Dans le protocole qui nous occupe ici, nous trouvons deux de ces signes pathognomoniques.

1) Une réponse de position à la planche VIII. A cette planche, le sujet ne donne que des réponses anatomiques et il désignera le centre comme une « colonne vertébrale », en raison de la position même de cette image.

2) La qualité formelle des réponses est également très variable. A côté de très bonnes formes, on trouve des formes extrêmement mauvaises, non justifiées par une déficience intellectuelle (les résultats aux tests d'intelligence générale sont moyens).

Il n'existe pas de réponses contaminées dans ce protocole, mais la seule présence de ces signes pathognomoniques nous autorise, pensons-nous, à suspecter des troubles de la personnalité d'allure schizophrénique. A signaler également le contenu péjoratif des réponses humaines. Phénomène déjà constaté dans les deux premières observations.

Dans les deux premières observations, les résultats au Tsedeck sont nettement mauvais, mais les réponses injustes n'ont pas le

caractère cynique de celles que l'on trouve dans l'observation n° 3. Ils dénotent, certes, une sécheresse de cœur un peu excessive, un manque de sympathie humaine confirmée par certaines réponses au Rorschach, mais sans que pour cela on puisse parler de troubles de la personnalité. Par contre, la dernière observation nous semble illustrer magnifiquement les vues du professeur H. Baruk sur la portée réelle de son test. On est en effet frappé par la concordance absolue entre les résultats du Tsedeck, au Rorschach et ce qu'on pouvait attendre du comportement nettement pathologique de ce jeune engagé. Sans rien connaître de ses manifestations schizophréniques, les résultats seuls au Tsedeck justifiaient une investigation psychologique fouillée. D'où l'intérêt pratique de cette épreuve, qui, appliquée collectivement, pourrait nous permettre dans un premier stade de déceler rapidement les sujets suspects, c'est-à-dire les sujets pouvant présenter quelques troubles de la personnalité, et cela en dehors d'un comportement anormal qui n'aurait pas encore fait sa preuve.

Riche de cette expérience qui nous a paru extrêmement concluante sur le plan pratique, nous pensons que le Tsedeck est un test dont on peut attendre de précieux services dans le domaine de la sélection militaire.

Il nous permet d'isoler un certain nombre de sujets douteux relevant d'un examen caractériel plus poussé. Se gardant de lui faire dire ce qu'il ne signifie absolument pas (prévision d'une conduite bonne ou mauvaise), évitant de se plier étroitement dans sa compréhension à l'expression trop mathématique d'un coefficient, on lui donnera alors toute sa véritable signification, si on veut bien l'aborder dans le seul esprit clinique qui justifie son emploi.

Dans les procédés d'approche de « mystère personnel », il vient compléter heureusement les tests de personnalité et l'étude du comportement. Mais son plus grand mérite, peut-être, est de nous aider à comprendre le sens réel de la valeur humaine qu'une psychotechnique aux perspectives trop souvent primaires tend à nous voiler chaque jour davantage.

CONCLUSIONS

1° Il n'y a pas de corrélation entre le niveau intellectuel et la valeur du jugement moral.

2° Le jugement moral de l'adolescent est très proche de celui de l'enfant, c'est essentiellement un jugement affectif.

3° L'adolescent, plus que l'adulte, est sensible à la « vertu » du jugement d'utilitarisme social. Ses tendances xénophobes sont plus fortes que celles de l'enfant et de l'adulte.

4° Le test de « Tsedeck » est applicable collectivement. L'interprétation clinique de ses résultats peut permettre de déceler chez l'individu des troubles de la personnalité (ex. : schizoïdes).

5° D'où l'intérêt de son application collective en milieu militaire. Il permet au médecin psychologue de faire une première sélection des sujets à examiner sur le plan caractériel, et cela au début de leur formation, avant toutes manifestations effectives d'un comportement anormal.

6° Venant compléter heureusement les différentes épreuves projectives utilisées jusqu'à ce jour dans la marine, cette épreuve apporte des renseignements intéressants sur un segment de la personnalité généralement négligé. Dans une certaine mesure, il pourrait aider à la sélection du personnel infirmier. Les sujets paraissant humainement trop « durs » au Tsedeck se voyant interdire la spécialité, ou tout au moins poseraient un problème plus particulier d'orientation vers cette activité.

7° Comme tous les tests dits de « personnalité », le Tsedeck doit être interprété essentiellement dans un esprit clinique. Il nous paraît indispensable qu'il soit complété pour chaque sujet suspect :

- d'un Rorschach ou du Thematic Apperception Test ;
 - d'un interview très complet ;
 - d'un examen attentif du comportement en groupe.
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 10 mars 1952

Présidence : M. G. COLLET, président

PRÉSENTATIONS

Cholestérol et facteurs typologiques dans un service de buveurs et de tuberculeux internés, par MM. J. DUBLINEAU et CORRE.

Nous avons étudié le taux du cholestérol (méthode de Grigaut) chez 416 malades du service spécial des buveurs (340 malades) et du service spécial des tuberculeux (76 malades) du département de la Seine. Les résultats ont été répartis en fonction des facteurs typologiques, en envisageant successivement chaque facteur, tel qu'il se présentait dans les 416 cas, et en classant les cas, de la valeur typologique la plus faible à la plus élevée, pour chacun des quatre facteurs que nous décrivons. Les cas étaient ensuite répartis en quatre groupes égaux de 104 sujets.

La moyenne du taux du cholestérol était de 1 gr. 643 $\pm$.0068 pour l'ensemble de l'échantillonnage (dosages pratiqués dans les premiers jours de l'admission).

Les moyennes par facteur et par groupe étaient les suivantes :

1° FACTEURS D'AFFIRMATION

<i>Facteur A</i> (Athléticoïde, hyperaffirmation)			<i>Facteur a</i> (Asthénoïde, hypoaffectation)		
1-104 (1)	0 à 7 (2)	 1,644 $\pm$.013	0 à 2(2)	1,604 $\pm$.011	
105-208	8 à 12	 1,641 $\pm$.014	3 à 5..	1,681 $\pm$.016	
209-312	13 à 16	 1,638 $\pm$.012	6 à 8..	1,602 $\pm$.008	
313-416	17 à 31	 1,648 $\pm$.013	9 à 28..	1,653 $\pm$.015	

(1) Numéros des cas.

(2) Valeurs typologiques des coefficients factoriels.

2° FACTEURS D'ADAPTATION

<i>Facteur P</i> (Pycnoïde, hyperadaptation)				<i>Facteur π</i> (Plattoïde, hypoadaptation)	
1-104 (1)	0 à 11 (1)	.....	1,649 $\pm$.014	0 à 6..	1,639 $\pm$.012
105-208	12 à 16	.....	1,626 $\pm$.014	7 à 10..	1,640 $\pm$.013
209-311	17 à 23	.....	1,629 $\pm$.011	11 à 15..	1,687 $\pm$.016
313-416	24 à 45	.....	1,673 $\pm$.014	16 à 30..	1,607 $\pm$.011

L'analyse de ces résultats montre que :

1° le facteur *athlétôïde* ne paraît pas influencer le taux du cholestérol. Les variations sont insignifiantes, et se situent dans les limites de l'erreur probable ;

2° le facteur *asthénôïde* influence davantage le taux du cholestérol. On observe des oscillations marquées, avec une tendance à l'augmentation pour les coefficients élevés, par rapport aux taux de cholestérol dans les états à facteur asthénôïde bas ;

3° il semble que les valeurs significatives se cantonnent au domaine des facteurs d'adaptation. Chez le *pycnique*, elles ne varient que pour les coefficients élevés : dans ces cas, on observe une augmentation du taux de cholestérol.

Chez le *rétracté*, s'observe une double variation : un coefficient moyennement élevé de rétraction entraîne une augmentation du taux de cholestérol. Un coefficient fort entraîne un renversement significatif de la tendance et, au total, une baisse de la cholestérolémie.

Cette baisse est intéressante ; en effet, avec ces valeurs fortes comme avec les valeurs moyennes, les variations du taux de cholestérol sont antagonistes pour les facteurs asthénôïde et rétracté. Une fois de plus, on retrouve un plan de clivage net entre ces deux facteurs, comme nous l'avons montré dans divers domaines. Par contre, deux faits solidarisent les facteurs faibles (α et π) :

1° les variations statistiques du taux de cholestérol sont surtout nettes pour les facteurs faibles (hypoaffirmation, hypoadaptation) ;

2° ces variations sont elles-mêmes fonctions de l'importance du facteur en cause. Une augmentation moyenne et une augmentation forte du coefficient n'ont pas la même signification pour le taux du cholestérol dans le sang.

Au total, on peut estimer :

a) que les variations du taux de cholestérol sont surtout le fait des valeurs d'adaptation, avec (pour des coefficients typologiques élevés), augmentation du cholestérol chez le pycnoïde, diminution chez le rétracté ;

b) que, dans les secteurs d'affirmation, les variations affectent surtout le facteur faible, asthénôïde ;

c) que les facteurs faibles, tant sur le plan de l'affirmation que sur celui de l'adaptation, sont en liaison avec des taux de cholestérol variables selon l'importance du coefficient pour le facteur typologique en cause. Ils sont, de plus, antagonistes pour les facteurs asthénôide et rétracté.

Le problème des influences respectives de l'alcool et de la tuberculose sur les variations du cholestérol (avec la discussion qui en découlerait) n'a pas été abordé dans ce travail.

Facteurs typologiques chez les gauchers, dans un service psychiatrique, par MM. J. DUBLINEAU, ROELENS et CORRE.

Dans une note antérieure, nous avons marqué qu'un problème typologique se posait à l'occasion de la gaucheté (1). Nous apportons aujourd'hui des éléments numériques plus précis en faveur de ces assertions. Les recherches ont été effectuées sur des sujets ayant subi des déterminations biométriques. Dans cette note, nous étudierons seulement le rapport entre les facteurs typologiques et la prédominance manuelle, déterminée par la mesure du tour de main au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne.

300 hommes internés ont été étudiés, et leur prédominance latérale mise en liaison avec les facteurs typologiques, tels que nous les avons présentés antérieurement (voir rapport au congrès de Niort, 1947, des aliénistes et neurologistes de langue française).

La moyenne typologique générale pour l'ensemble de l'échantillonnage était la suivante :

facteur normotypique	0,52	(N)
— athlétôide	11,55	(A)
— asthénôide	5,90	(α)
— pycnoïde	17,33	(P)
— de rétraction	10,59	(π)

Les sujets ont été classés comme suit.

I) DROITIERS ANATOMIQUES ET FONCTIONNELS (c'est-à-dire se disant droitiers et dont la mesure confirmait la prédominance droite) : 181 cas. La formule typologique moyenne était la suivante :

$$A : 11,67. \alpha : 6,08. P : 17,32. \pi : 10,19.$$

II) DISSOCIATIONS ANATOMO-FONCTIONNELLES :

a) *sujets se disant droitiers*, mais dont la mesure révélait une gaucheté anatomique : 31. Formule :

$$A : 12,70. \alpha : 4,38. P : 16,32. \pi : 11,77.$$

(1) DUBLINEAU (J.) : *Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*. Rennes, 1951.

b) *sujets se disant gauchers*, mais dont la mesure révélait une dextrie anatomique : 7. Formule :

$$A : 10. \alpha : 7,71. P : 21,57. \pi : 9,14.$$

III) INDIFFÉRENCIATIONS ANATOMO-FONCTIONNELLES :

a) *sujets se disant ambidextres* : 27. Formule :

$$A : 12,14. \alpha : 5,62. P : 18,18. \pi : 10,25.$$

b) *sujets ayant une latéralisation fonctionnelle, mais chez lesquels la mesure mettait en évidence une égalité des côtés droit et gauche* : 19. Formule :

$$A : 10,70. \alpha : 5,78. P : 15,21. \pi : 10,52.$$

IV) GAUCHERS ANATOMIQUES ET FONCTIONNELS : 35 cas. Formule :

$$A : 10,14. \alpha : 6,22. P : 17,68. \pi : 12,17.$$

Comme on le voit, la gaucheté coïncide avec une augmentation des facteurs de rétraction (et, accessoirement, d'asthénoidie), une baisse relative des facteurs d'hyperaffirmation.

Les dissociations anatomo-fonctionnelles, quand elles s'accompagnent de dextrie fonctionnelle, vont de pair, au contraire, avec une augmentation relative du facteur d'hyperaffirmation. Quand la fonction est gauchère, c'est le facteur pycnique qui a prédominé dans notre série, mais cette dernière est trop faible (7 cas) et les chiffres ne sont donnés qu'à titre indicatif.

Dans l'ensemble, si l'on fait la somme des 119 « non droitiers », face aux 181 droitiers anatomiques et fonctionnels, on trouve comme moyenne typologique générale, pour ces 119 cas :

$$A : 11,35. \alpha : 5,63. P : 17,02. \pi : 11,19,$$

soit une différence nette, portant essentiellement sur l'accroissement du facteur hypo-adaptatif.

A titre indicatif, nous donnons ci-dessous les moyennes obtenues en additionnant respectivement entre eux les cas de « dissociés anatomo-fonctionnels » d'une part, et, d'autre part, les sujets présentant, soit de l'ambidextrie, soit une égalité de mesures aux deux mains.

a) Moyenne générale pour les dissociés anatomo-fonctionnels : 38 cas :

$$A : 12,21. \alpha : 5. P : 17,28. \pi : 11,28.$$

b) Moyenne générale des ambidextres et des indifférenciés métriques : 46 cas :

$$A : 11,56. \alpha : 5,69. P : 16,95. \pi : 10,36.$$

On remarquera que, dans notre statistique, l'ambidextrie et l'indifférenciation morphologique n'apportent pas de résultats sensiblement différents de la moyenne générale du groupe des 300 sujets.

Les faits précédents ont un intérêt doctrinal important. En premier lieu, ils posent de façon objective le problème du gaucher, en

montrant la valeur des dissociations ou liaisons anatomo-fonctionnelles, et la nécessité d'approfondir systématiquement l'étude de la gaucheté par l'étude typologique corrélative, et la détermination anatomique de l'individu. En second lieu, le problème se situe :

1) sur le plan *évolutif* (variations de la dominance en fonction de l'âge, comme nous l'avons signalé chez l'enfant ;

2) sur le plan *caractérologique* : liaison de la gaucheté et d'un ensemble bio-social, qui lui donne son véritable sens ;

3) enfin, l'étude du gaucher constitue un mode d'abord du problème spatial, et par lui, du problème de la durée, par la recherche de ses modes d'interprétation en fonction d'une structure biologique, elle-même inscrite dans une typologie.

Syndrome de Ganser au cours d'un épisode dépressif, par MM. G. DAUMÉZON, P. KÉCHLIN et P. PAUMELLE.

On publie assez rarement des observations de syndrome de Ganser. Dans la tradition clinique courante, un glissement s'est établi, depuis les descriptions originales chez les hystériques, vers une assimilation du syndrome de Ganser avec les réponses à côté des schizophrènes. C'est une des raisons qui nous amènent à rapporter l'exemple clinique suivant :

OBSERVATION. — Angélique B..., 48 ans, née à Runan (Côtes-du-Nord), a commencé sa ménopause quelques mois avant son internement (arrêt de règles depuis janvier 1951). Comme Madeleine (voir communication suivante), elle a passé toute sa vie auprès de ses parents, dans un village breton. Sa mère est morte depuis neuf ans, son père depuis quatre ans.

Les renseignements fort réticents de la sœur nous décrivent le personnage d'une fille de petit tempérament, restant au service des parents et des frères et sœurs mariés. A deux reprises, elle a présenté, durant une quinzaine, un épisode de troubles qui a inquiété les parents. Après le décès du père, il y a quatre ans, elle se place comme servante dans une auberge tenue par une tante, et c'est là qu'elle connaît son mari, de quatre ans plus âgé, avec lequel elle part pour Paris.

A 47 ans, c'est pour Angélique un dépaysement complet : dans son petit appartement parisien, elle se morfond, ne sait quoi faire, boit beaucoup de café, ne dort pas. Elle maigrit, souffre pendant plusieurs mois de douleurs abdominales ; le diagnostic de calcul du cholédoque est porté ; elle refuse de se faire opérer, disant qu'il est trop tard, qu'elle va mourir. Ces troubles coïncident avec le premier arrêt de règles, annonciateur de la ménopause.

Après une longue période de refus de l'opération, la décision est prise brusquement ; elle jette pour ainsi dire le manche après la cognée ; elle nous dira plus tard : « Je voulais mourir. » L'ablation de la vésicule est pratiquée à Beaujon le 13 mars 1951.

Revenue chez elle, elle se dispute constamment avec son mari ; aucune détente ne se produit. Une frigidité complète s'installe, persistante. Bien que soulagée localement, Angélique retrouve de nouveaux tourments et s'inflige des traitements variés ; en avril 1951, en l'absence de son mari, elle prend une injection avec de l'eau quasi-bouillante et se brûle cruellement le vagin. Par la suite, par un retournement banal, elle accuse son mari d'être cause de cette brûlure.

De plus en plus dépressive, elle reste couchée, la nuit empêche son mari de dormir, se plaint : « André, c'est ce bock qui m'a tuée, je vais mourir et toi tu vas rester seul et tu auras une autre femme. » Elle se serait bien suicidée, nous dit-elle, mais elle avait peur de la mort. Vainement, on tente de la soigner, elle ne suit pas les prescriptions ; elle refuse de partir en Bretagne, comme on le lui propose, pour lutter contre une évidente nostalgie. C'est que des idées de jalousie se sont installées, elle craint d'être trompée en son absence.

Dans cette atmosphère de plus en plus tendue, le drame éclate le 15 juillet ; à 8 heures du matin, le mari, descendu pour acheter un journal, trouve en rentrant sa femme derrière la porte, armée d'un couteau : « Je vais mourir, mais pas seule ! » Elle l'atteint à l'aisselle gauche, puis au cou et à l'épaule, pendant qu'il cherche à la maintenir. Elle retourne ensuite l'arme contre elle-même et se larde le bras gauche de quatre coups. Durant sa courte absence, elle avait déjà lacéré le « cuir » du mari perdu dans l'armoire et coupé un morceau de sa ceinture. Pour terminer, elle déchire devant lui les économies du ménage, 20.000 francs en billets.

Elle entre dans le service le 19 juillet 1951 ; son anxiété a bien diminué ; pâle, amaigrie, elle reste très excitée ; hyperréflexivité tendineuse, hypermimie ; elle nous montre sa cicatrice d'intervention vésiculaire et surtout son vagin, qu'elle entr'ouvre pour nous montrer comme elle s'est brûlée. Sa tension artérielle est à 15-9, tous les examens de sang et d'urines sont normaux, le liquide céphalo-rachidien décèle seulement une glycorachie un peu élevée : 0,78.

Très rapidement, elle entame la conversation : « Je mérite la mort, et puis j'ai dû avoir un coup de folie..., ma tête était faible depuis mon opération. J'ai toujours aimé mon mari. » Une visite de celui-ci, dès les premiers jours, a d'ailleurs contribué à faire tomber son anxiété ; c'est un « bon gars », il lui a pardonné.

Le lendemain, au début de l'entretien, l'attitude est celle notée la veille. Les propos sont identiques, mais aussitôt évoquée l'injection brûlante, la présentation change : la malade s'accoude sur la table, la tête se penche, le regard est vague et désormais... tout est effacé : « je ne sais pas », répond-elle aux questions. Elle ignore son âge et son mariage, son nom même ; d'instant en instant, le trouble de la conscience est plus profond, malgré les essais d'invigoration, et désormais les réponses sont toutes à côté. Automatiquement, viennent aux lèvres du médecin les questions classiques : 2 et 2 ? 15 répond la malade ; la neige est... rouge, le charbon... vert, l'herbe... blanche..., et c'est soutenue par deux infirmières que la malade regagne la salle. Elle y reste prostrée, égarée, mangeant de façon automatique mais confondant le manche et la cupule de la cuillère.

L'après-midi, on pratique une subnarcose au privenal ; la subexcitation qu'elle déclenche fait vivre à la malade, fort agitée, une scène d'épouvante commentée abondamment..., tout un régiment d'Allemands s'avance vers

elle, ils approchent, elle tente de s'échapper..., puis, sur suggestion, le tableau s'efface, comme l'identité est elle-même oubliée ; on demande des récits d'enfance : ce sont alors des scènes qu'elle prétend revivre, nous attribuant des rôles : elle est dans les « Alpyrénées », elle garde les cochons qui, bien entendu, s'enfuient ; elle traie les vaches, cruellement fouettée par les queues, car tout le tableau est teinté de sado-masochisme ; le médecin est un camarade de classe, elle le nomme, elle se plaint des brimades, voire des corrections qu'il lui a récemment infligées... On revient alors à des questions plus immédiates et, de nouveau, ce sont des réponses grossièrement caricaturalement inexactes...

Retournée dans la salle, le tableau d'égarement persiste ; lors des visites, la malade ne reconnaît pas son mari.

Pendant plusieurs semaines, nous assistons ainsi à des variations ; parfois la malade est à peu près consciente mais dépressive, mais l'interrogatoire se heurte à une impossibilité d'évocation de la vie récente ; il déclenche presque aussitôt un changement d'attitude, l'entrée dans un véritable état second..., « quand j'étais petite, les vaches, les cochons, les Allemands »..., les camarades de classe qu'elle reconnaît en nous reviennent en scène. Si la conversation se prolonge, le syndrome de Ganser réapparaît : quelle heure est-il ? « il est toujours minuit », la neige est verte.

Le 2 août, soit quinze jours après l'entrée, les questions sur sa vie récente provoquent encore l'entrée dans un état second, aussi décidons-nous de diminuer la fréquence des examens. Par contre, nous fixons toute notre attention sur les symptômes de plus en plus nets d'une métrite, pertes jaunes abondantes, séquelle de la brûlure. La malade jusque-là s'est rébellée contre le traitement local. On l'envoie le 5 août consulter le gynécologue ; elle doit se plier, d'abord avec réticence, puis avec une complaisance évidente, au traitement : ovules, injections, pénicilline générale. Le médecin est maintenant admis sur le plan somatique ; guérie en quinze jours de sa métrite, elle est également très améliorée du point de vue mental ; cependant, le 2 septembre, elle nous parle pour la première fois d'un personnage un peu mystérieux : une bonne femme dont elle ne sait pas le nom. « Elle me disait tous les jours que mon mari avait une amie, c'est pas vrai, c'est un homme propre. » Ne s'agit-il pas d'un mode de disculpation visant à expliquer sa tentative maladroite de suicide collectif ? Par ailleurs, elle affirme que les douleurs ont disparu et fait des projets précis de sortie.

L'amnésie localisée aux deux dernières années de sa vie a disparu ; elle est capable de nous parler très correctement de son mariage, de son mari.

Cependant, le 9 septembre, elle complète le mythe de la voisine inconnue et calomnieuse ; elle la rencontrait chaque matin en allant au pain, mais quelques minutes après, elle reconnaît que tout cela est imaginaire : « On ne m'a jamais monté la tête contre mon mari..., je l'ai cru parce que j'étais malade, fatiguée. » Ainsi, la faute rapportée d'abord sur une femme inconnue, revient maintenant à la maladie mentale.

Ainsi, la dépression liée à sa culpabilité touchant le raptus agressif récent a totalement disparu. Les manifestations de type purement hystérique n'ont pas reparu depuis un mois, l'amélioration paraît relativement stable. Angélique sort du service le 18 septembre 1951, cliniquement guérie, après un séjour de deux mois. Sur notre conseil, elle va retrouver, avec son mari, le village breton de son enfance où, depuis, elle a repris une vie normale.

Il est sans doute inutile d'insister sur l'étroite intrication des syndromes psychiques et somatiques chez cette malade, sur les phénomènes qu'on pourrait interpréter comme de banales manifestations de balancement.

C'est le syndrome de Ganser qui retient plus particulièrement notre attention. On sait qu'en dehors de la schizophrénie, c'est essentiellement dans les états de dérèglement affectif, liés à des situations intolérables, qu'on le rencontre d'ordinaire : les observations les plus banales sont celles de syndrome de Ganser dans les psychoses carcérales posant un délicat problème médico-légal.

Ici, nous retrouvons des éléments d'une situation comparable, puisqu'aussi bien les éléments matériels d'un crime étaient réunis dans le comportement de notre malade. La nécessité vitale de la scotomisation s'impose de façon aveuglante.

Mais il nous apparaît aussi indispensable d'évoquer le terrain spécial de vieille arriération affective chez cette vieille fille, tard mariée, et réagissant par l'angoisse au mariage accompagné d'un déracinement.

Sur le plan clinique, nous croyons aussi devoir insister sur le caractère rémittent, sur la variabilité du trouble de la conscience qui, en un autre cadre (dans une prison par exemple), eût sans doute fait discuter, bien à tort, l'hypothèse de la simulation.

Enfin, le danger de l'approche exclusivement psychologique, et spécialement de la subnarcose, est heureusement mis en valeur par l'efficacité de la thérapeutique médicamenteuse, alors même que cette efficacité nous apparaît comme explicable, même sur le plan de la psychogénèse.

Etat crépusculaire — Arriération affective décompensée, par MM. G. DAUMÉZON, P. KŒCHLIN et P. PAUMELLE.

L'observation que nous apportons, assez semblable d'ailleurs à celle de syndrome de Ganser qui précède, nous permettra quelques développements sur l'évolution de certaines arriérations affectives jusque-là bien compensées :

OBSERVATION. — Madeleine L..., 53 ans, sans profession, née à Paris. Lors de son premier internement, le 24 mai 1946, c'était encore Mlle Madeleine. Sa mère écrivait : « Je suis sa maman, âgée de 73 ans, et nous ne nous sommes jamais quittées. » Le père était mort depuis plus de dix ans.

Elle se présentait comme une vieille fille classique de milieu petit bourgeois, aux cheveux gris tressés, au faciès poupin et atone. Prostrée, volontiers mutiste, elle ne parle à mi-voix que pour se dire fatiguée, surmenée. La mère signale sans préciser des idées de suicide. En fait, après avoir soigné sa mère malade d'une grippe banale, Madeleine s'est alitée à son tour, a refusé de se lever, de manger ; assaillie par des préoccupations hypo-

condriaques : céphalées, douleurs dans la région rénale, etc..., elle exprime volontiers l'idée que la mort serait préférable à un tel état. Les certificats de l'époque signalent des stigmates dégénératifs, une scoliose, un abdomen météorisé, un foie douloureux et débordant. Les règles ont disparu de janvier à juin 1946 pour reparaitre deux fois au cours de ce premier internement ; elle entre sans aucun doute dans la période préménopausique. Un traitement médicamenteux sédatif de l'anxiété permet la sortie le 4 juillet 1946 ; elle est confiée à sa mère.

Six mois après, le 11 février 1947, un nouvel état mélancolique atypique la fait hospitaliser. Triste, fatiguée, elle prend en quantité des médicaments variés, surtout du sonéryl, jusqu'à dix cachets par jour. Elle recherche la solitude, « les coins noirs » ; de plus en plus inactive, elle est sujette à des crises de larmes immotivées. Ce sont des manifestations taxées de tentatives de suicide par la famille qui provoquent l'internement. « Tentatives dans les premiers jours de février, par couteau et aiguille à tricoter qu'elle dirigeait contre elle. En dernier lieu, s'est couchée dans la cuisine et a ouvert le robinet d'eau, qu'elle laissa couler sur elle pendant assez longtemps. La signification de tels gestes, où le robinet à gaz qu'on attend se trouve remplacé... par celui d'eau, est tellement évidente que nous n'y insisterons pas.

Sortie le 8 juin 1947, après un traitement banal, elle est confiée de nouveau à sa mère. Ce n'est que quatre ans après qu'elle est internée de nouveau, le 6 avril 1951. Entre temps, elle s'était mariée, le 5 juin 1948, avec M. L..., à qui les internements antérieurs de sa femme avaient été soigneusement cachés.

L'épisode actuel débute brusquement au bout de trois ans de vie conjugale médiocre mais sans histoire bruyante. Le mari nous écrit : « Aucun tempérament ; n'éprouvait aucune jouissance dans les relations, plutôt souffrait de ces relations qui la blessaient physiquement, mais ne se refusait pas. Inutile de dire que je n'abusais pas de sa personne. »

Durant les premières années de mariage, elle devient une habituée des consultations de médecine de l'hôpital Broussais. Maudissant les médecins, qui ne la prenaient pas au sérieux, elle en change fréquemment. Un électrocardiogramme pratiqué en 1950 présente un tracé normal.

C'est dans ce contexte que, le 27 mars 1951, inopinément, le drame éclate : Après une journée passée avec sa mère et son frère, elle ne rentre pas chez elle et décide de coucher chez sa mère. Vers minuit, elle se lève et va déféquer dans la salle à manger ; vers 4 heures du matin, elle se jette sur sa mère, qui roule à terre, lui enfonce ses doigts dans la bouche jusqu'à l'empêcher de respirer et monte sur son corps en dansant avec ses pieds. Ce qui semble paradoxal, ajoute le mari, c'est l'amour dont elle l'entoure dans son état normal. La mère, atteinte de fractures de côtes multiples, arrive difficilement jusqu'au commissariat pour faire arrêter sa fille, qui se promenait en chemise de nuit dans la rue. C'est le 3^e internement.

L'entrée de la malade dans notre bureau, le 6 avril 1951, est spectaculaire ; elle prétend ne plus pouvoir marcher et se fait transporter en fauteuil roulant. Affalée, les yeux fermés, murmurant des paroles incompréhensibles, elle paraît épuisée ; nous lui trouvons une tension artérielle pincée à 11 1/2-10, un cœur sourd avec un bruit de galop, un pouls à 110, un teint subictérique, un foie volumineux, une langue sale. Ses réflexes sont très faibles.

Sa prostration est aussi théâtrale que l'expression outrancière de son

indignité et de son désir de mourir : « J'ai honte de vivre, je voudrais mourir, je suis une anthropophage, j'ai dû manger ma mère la première ; mon mari c'est le démon ; tu ne peux pas te tuer salope ! »

Quelques propos semi-déliants mais visant à excuser l'agression de sa mère, à trouver un bouc-émissaire ; une tante l'aurait ensorcelée avec sa mère : « J'ai mangé ma mère peut-être en dormant. » Dès lors, les symptômes dépressifs passent au second plan. Dans les jours qui suivent, elle reste immobile dans son lit, les yeux fermés, presque muette. Comportement outré, ostentatoire. Une subnarcose au privelien extériorise, le 2^e jour, un érotisme dirigé vers son père et Dieu confondus, ceci sur un ton enjoué, pseudo-hypomaniaque. Elle joint les mains : « T'es mon papa chéri, toi mon bonheur... Dieu c'est toi mon père... Oh ! que je suis contente d'être toi tout entier... »

Pendant plusieurs jours, l'expressivité du personnage reste aussi symptomatique : périodes de mutisme prolongé suivies de soupirs, de gémissements, accompagnés de grimaces : « Je ne sais rien faire de bien. » Elle s'écroule, au cours de l'interrogatoire, sur la table du médecin-chef, la tête sur les bras, semblant dormir. Un seul électro-choc est alors pratiqué à titre de torpillage. Quelques jours après, apparition d'un œdème blanc du membre inférieur gauche, sans tension ni modification de l'indice oscillométrique. C'est très probablement une phlébite variqueuse. Cette affection organique offre à la malade un alibi indiscutable, elle devient le seul motif reconnu de l'intérêt du médecin. Madeleine n'a plus de public, il n'y en a plus que pour sa jambe.

C'est alors que la malade qui, jusque-là a toujours nié se souvenir de ses actes agressifs, en reprend brusquement conscience. Une violente crise de larmes en découle ; aussitôt, elle demande à écrire à sa mère « et s'en trouve soulagée », dit le rapport de l'infirmière. Dès lors, les symptômes psychiatriques disparaissent et le séjour de la malade ne se prolonge que dans le désir de voir se résoudre l'épisode somatique. En fait, l'œdème ne cède pas et la malade sort fin juin pour être adressée à un service de phé-bologie.

Revue au dispensaire début septembre, elle sort d'une cure à Bagnoles-de-l'Orne dont elle se félicite, mais se plaint de dyspnée d'effort. Cette dyspnée, assez peu manifeste lors de l'examen, n'est pas moins la raison d'un alitement, qui devient bien vite continu ; nous adressons la malade à un service de cardiologie ; les examens (y compris l'électro-cardiogramme) ne relèvent rien d'organique, mais la malade, ni son mari, ne s'en contentent, oscillent de consultation d'hôpital à médecin de ville ; le conjoint s'est mué en garde-malade, lui aussi anxieux de sa dolente épouse : « C'est l'embolie qui la guette. »

Commentaires. -- La symptomatologie observée dans le service nous permet d'avancer la qualification d'état crépusculaire. Cette étiquette nous paraît plus satisfaisante que celles d'état dépressif atypique, ou de bouffée délirante, auxquelles cependant Bleuler se réfère, et qui s'imposeraient dans la nosographie française classique. Les éléments symptomatiques essentiels apparaissent : le trouble global de la conscience, le refuge dans un monde phantasmatique, le refus caricatural de la réalité. Le trouble de la conscience étant

paroxystique, variable, à éclipse ; les phantasmes fournis par la psychologie profonde du sujet étant de caractère infantile et ici fortement sadique ; le refus de la réalité prenant, par son allure caricaturale, la signification d'une assertion de la maladie mentale, refuge devant la lourde culpabilité sociale.

Nous voudrions rapprocher cette observation de celle (publiée ce jour) relative au syndrome de Ganser, à laquelle elle s'apparente par certains côtés.

L'analyse de ces observations fait apparaître un état dépressif avec son étiologie somatique probable (ménopause) et sa symptomatologie dépressive propre, rapidement masquée par un tableau de dérèglement idéo-affectif de structure névrotique.

Cet état dépressif évolue sur un terrain particulier : nos deux malades, avant leur maladie, s'étaient fixées de longue date dans des comportements de dépendance, avec une orientation psychologique, vers des positions infantiles ; elles avaient trouvé, dans la situation sociale, une forme d'existence adaptée, compensant leur arriération affective.

L'épisode qui nous occupe est précédé d'une phase climatérique au point de vue biologique, au cours de laquelle le sujet a tenté une adaptation sur un nouveau mode (mariage tardif), aboutissant au contraire à une décompensation plus grave.

Le tableau psychopathique apparaît, à la suite d'une explosion d'agressivité, préparée par des démarches auto-agressives hautement symboliques et aboutissant à un raptus agressif furieux. Réaction catastrophique, dont une des significations est la scotomisation de la culpabilité sociale.

Le tout s'efface lorsque réapparaissent les circonstances qui recréent la situation de dépendance et effacent la décompensation. L'installation dans la maladie physique est une situation privilégiée. Pour l'une (Madeleine), la plus gravement atteinte sans doute (deux épisodes antérieurs), l'installation paraît définitive ; pour l'autre, elle n'est qu'un stade vers un retour au pays natal et l'adoption d'un comportement conjugal nouveau.

De telles observations mériteraient certes un approfondissement peu compatible avec nos conditions de contact avec le malade. Dans la ligne d'études de l'évolution des arriérations affectives que nous avons esquissée dans une communication au congrès des aliénistes et neurologues de langue française de Rennes, cette étude tendrait à dégager les conditions d'éclosion et de sédation d'épisodes psychopathiques dans le cours de pareilles existences.

Il nous a paru utile d'insister sur de tels faits, assez rarement rapportés dans la clinique classique française, car la constatation de pareilles symptomatologies comporte, à nos yeux, des sanctions pratiques non négligeables ; bien qu'étiquetées état dépressif, nos malades ne posent pas les problèmes thérapeutiques ordinaires des mélancoliques. L'attitude du psychiatre, après un nettoyage psycho-

thérapique rapide, consiste, devant un processus névrotique de trop vieille date pour pouvoir être liquidé, à favoriser la recompensation de l'arriération, parfois en acceptant l'orientation somatique que propose la malade, mais surtout en orientant celui-ci vers une structure de relation nouvelle, par exemple l'acceptation d'un nouveau personnage « d'ego supportive imago », selon l'expression anglo-saxonne, par un membre de l'entourage. Dans tous les cas, la sortie doit être précoce pour éviter une trop facile installation dans le cadre asilaire.

Problèmes posés par les antécédents de captivité de guerre chez les auteurs de certaines variétés de délits, par MM. M. BACHET, Cl. WEISS et J. MARCHAIS.

En milieu pénitentiaire, parmi les grands événements contemporains, un séjour en Allemagne est souvent évoqué par les délinquants. Toutes les séries groupant les délinquants examinés systématiquement pendant plusieurs mois, offrent un pourcentage important d'antécédents de séjours forcés en Allemagne. Pour les détenus vus rapidement, il est souvent difficile de vérifier, d'une part l'authenticité de ce séjour en Allemagne, d'autre part sa nature ; par exemple, dans de nombreux cas, au premier examen, une déportation au titre droit commun devient une déportation pour acte de résistance ; un séjour en Allemagne à la suite d'un engagement comme travailleur volontaire ou pour une raison plus péjorative encore est transformé en déportation pour le travail obligatoire, etc... Ces réserves faites, il semble cependant, à la lumière de l'étude minutieuse de délinquants longtemps observés que, dans un certain nombre de cas, les séjours forcés en Allemagne, et tout particulièrement la captivité de guerre 1939-1945, ont pu jouer un rôle, peut-être partiel, mais cependant important dans l'aggravation ou même le déclenchement de certaines délinquances.

Quelques travaux ont attiré l'attention sur des points particuliers des psychoses de la captivité de 1939-1945 ; en particulier ceux de MM. Carrot, Paraire et Charlin (1) ; ceux que l'un de nous a consacrés à la nostalgie (2) ; toutes les observations servant de base à ces travaux provenaient du service de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce. Dans un très grand nombre de cas, chez les malades évoluant

(1) *Les psychoses de captivité*, E. CARROT, J. PARAIRE et A. CHARLIN, *Annales médico-psychologiques*, novembre 1949 et novembre 1950.

(2) M. BACHET. — Etude sur les états de nostalgie. *Annales médico-psychologiques*, n° 5, mai et n° 1, juin 1950.

CARROT et BACHET. — Influence des facteurs ethniques dans l'évolution des psychoses de captivité. Similitude entre certaines psychoses de captivité et les psychoses connues jadis sous le nom de nostalgie. *Annales médico-psychologiques*, mars 1946.

vers l'amélioration ou la guérison et pouvant ainsi relater l'apparition progressive de leurs troubles, on était frappé par le très grand nombre de modifications de la personnalité précédant la dépression plus grave et les troubles mentaux. Pareils faits étaient retrouvés chez les malades revenus en France en 1945, qui n'avaient pas présenté de troubles mentaux, tout au moins pas assez marqués pour entraîner le rapatriement sanitaire, mais qui consultaient pour un état dépressif anxieux. Fréquents étaient les bouleversements idéologiques : brusques ou progressifs, revirements d'idées philosophiques, politiques, religieuses, dans des sens d'ailleurs variables mais souvent avec exaltation ; décisions paraissant parfaitement saugrenues à la famille demeurée en France, concernant l'administration des biens familiaux, d'une propriété ou d'un commerce. Dans un nombre important de cas, surgissait un mariage par procuration, avec une conjointe dont la désignation apparaissait stupéfiante.

Nous avons insisté par ailleurs sur la fragilité que présentaient de nombreux prisonniers rapatriés aux émotions (1), sur leur sensibilité particulière à l'alcool (2) et d'autre part sur l'apparence de vieillissement prématuré que présentaient un certain nombre d'entre eux.

Il faut naturellement faire la part, pour certains cas, des conséquences de la captivité : dissociation familiale, divorce, perte de situation, etc...

Ces souvenirs nous ont incité à quelques recherches plus minutieuses en milieu pénitentiaire et l'une de ces recherches concerne les attentats aux mœurs, bien que la captivité soit rencontrée dans les antécédents de beaucoup d'autres variétés de délits.

Nous avons réuni 85 cas d'attentats aux mœurs, dont nous avons pu suivre les auteurs un temps suffisant. Ces attentats aux mœurs étaient tous caractérisés par une franche aberration des instincts normaux reconnus par leurs auteurs (il s'agissait par exemple d'incestes, d'attentats aux mœurs sur des fillettes, d'homosexualité avec détournement d'adolescents ou même de jeunes enfants, d'exhibitionnisme, d'actes homosexuels accomplis dans les vespasiennes, etc...). Parmi ces détenus, 15 avaient été prisonniers de guerre, presque tous pendant toute la captivité, 2 pendant un temps inférieur mais cependant de plusieurs années.

Ecartons un parkinsonien, déjà suivi au Val-de-Grâce, lors de son rapatriement, et qui se livrait à des actes impudiques sur des femmes dans la rue, il nous reste 14 anciens prisonniers.

(1) Les phénomènes hallucinatoires causés par la captivité. *Bulletin médical*, 21 août 1945 ; Confrontation des faits concernant les phénomènes hallucinatoires provoqués par la captivité avec les idées de G. de Clérambault. *Semaine des hôpitaux*, 14 mars 1947 ; Etude des symptômes cataleptiques au cours d'états dépressifs réactionnels. *Bulletin médical*, 15 mars 1944 ; De la valeur psychiatrique des états lipothymiques dits névropathiques. *Bulletin médical*, 1^{er} avril 1947.

(2) M. BACHET. — Sensibilité particulière de certains rapatriés à des doses d'alcool légères. *Annales médico-psychologiques*, n° 5, mai 1945.

La proportion de 14 cas sur 85 paraît impressionnante ; on ne saurait naturellement en tirer aucune conclusion statistique, même si nous avions rassemblé un nombre beaucoup plus grand que 85 cas d'attentats aux mœurs ; en effet, nous avons déjà signalé que cette proportion d'ex-prisonniers paraît également importante parmi d'autres catégories de délinquants. Enfin, il faudrait comparer avec le chiffre moyen d'anciens prisonniers de guerre trouvé dans une population donnée et pour des âges identiques. Néanmoins, les chiffres que nous avons obtenus nous ont incité à procéder à des études complémentaires. Tout d'abord, en ce qui concerne les condamnations antérieures.

4 détenus seulement avaient déjà été condamnés avant-guerre :

a) condamné pour commerce sexuel avec une fillette de 15 ans, condamné avant-guerre pour complicité de cambriolage et violences ;

b) 43 ans, condamné depuis la guerre pour exhibitionnisme itératif, en état d'ivresse — dit-il —, condamné avant-guerre pour outrage à agents, coups et blessures ; énurétique jusqu'à l'âge de 12 ans ;

c) 33 ans, exhibitionnisme itératif depuis le retour de captivité, avant la guerre très longue histoire de délinquance infantile avec passages devant le tribunal pour enfants, très nombreux vols mais sans aucun délit sexuel ; dans l'enfance énurésie, somnambulisme, fugues ;

d) 40 ans, vu à l'annexe alors qu'il était inculpé de vol ; parmi 8 condamnations antérieures, on relève une condamnation pour outrage public à la pudeur dans une vespasienne. Il présente un trouble net de la parole.

Notons simplement pour ces cas que le caractère sexuel des délits semble n'être apparu qu'après la captivité.

Les 10 autres auteurs d'attentats aux mœurs ne paraissent pas avoir subi de condamnations avant-guerre. Voici leur observation résumée, classée par type de délit :

Délit homosexuel de vespasiennes. — B... Em..., âgé de 39 ans, débardeur aux halles, prévenu, jamais condamné antérieurement. A été prisonnier de guerre cinq ans, célibataire, présente encore actuellement une onychophagie marquée. Il absorbe deux litres de vin rouge par jour. De tout temps, il a été considéré comme anormal mental par sa famille, d'après l'enquête effectuée.

C... Se..., 48 ans, employé dans une administration publique depuis vingt-cinq ans, a commis un outrage public à la pudeur dans une vespasienne ; déjà condamné à un mois avec sursis pour le même motif en 1946. A été prisonnier de guerre cinq ans. Est marié, a un enfant de 13 ans ; il affirme avoir eu les premiers rapports homosexuels en captivité ; depuis, « succombe automatiquement au vice après avoir résisté plusieurs mois à la tentation ».

C... P..., âgé de 50 ans, employé de bureau, vu à l'annexe pour une affaire de stupéfiants (il utilise l'héroïne depuis 1946), a été arrêté dans une vespasienne et condamné à trois mois de prison avec sursis. A été prisonnier de guerre cinq ans. Il est célibataire et vit avec sa mère.

D... Eu..., cas un peu à part, car il s'agit d'un sujet de 60 ans, dont les tendances homosexuelles se sont bien révélées après une captivité, mais il s'agit de celle de la guerre de 1914-1918, d'après ses déclarations. Il n'a cependant été condamné que deux fois, en 1948 et 1950.

Exhibitionnisme. — C... Je..., âgé de 46 ans, manœuvre, accusé de masturbation publique, jamais condamné antérieurement. Prisonnier de guerre cinq ans, sa femme le quitte à son retour de captivité ; il a deux enfants, de 13 et 20 ans ; il vit en concubinage depuis trois ans. Il présente un bégaiement.

Attentats aux mœurs envers des jeunes gens de 16 à 20 ans. — C... An..., 31 ans, blanchisseur, prévenu pour attentat aux mœurs contre un garçon de 16 ans ; de nombreuses condamnations pour le même motif, mais seulement depuis son retour d'Allemagne, où il a été prisonnier cinq ans ; à son retour, il a été soigné trois ans pour tuberculose. Il admet avoir eu des rapports homosexuels vers l'âge de 16 ans ; il dit s'être marié à son retour de captivité.

Attentats aux mœurs envers des fillettes. — C... Ro..., âgé de 34 ans, manœuvre, arrêté pour attentats aux mœurs sur une fillette de 8 ans ; il s'agit d'une primo-délinquance. Il a perdu sa femme deux mois et demi avant son arrestation ; il l'avait épousée à son retour d'Allemagne, où il avait été prisonnier de guerre cinq ans. Il présente un défaut net de prononciation ; d'après ses parents, il aurait toujours été arriéré par rapport à son frère.

Inceste. — B... Ma..., âgé de 43 ans, chauffeur, a eu des rapports sexuels avec sa fille, âgée de 17 ans 1/2 ; n'a jamais été condamné antérieurement. Il a été prisonnier de guerre cinq ans, a subi de nombreux bombardements et aurait été condamné à mort par les Allemands. Il menait par ailleurs une vie très régulière et ne présente dans ses antécédents qu'une nervosité infantile se traduisant par des crises de colère.

X..., âgé de 37 ans, a commis un inceste avec sa fille, âgée de 8 ans ; il a été condamné antérieurement pour vol en 1948. Il a été prisonnier de guerre cinq ans.

Abandonné par ses parents, il a été confié à l'assistance publique à l'âge de 4 ans. Il a présenté des épisodes nets de somnambulisme.

Pédophilie. — A... Pi..., âgé de 42 ans, employé d'une administration publique. A pratiqué des attouchements sur la personne d'un jeune garçon de 15 ans. Il a été prisonnier de guerre deux ans et demi.

Nous savons, par des confidences de sa femme, que son vice est connu de toute sa famille. Il a essayé de prendre contact avec le frère de sa propre femme et lui a écrit une lettre « comme à une femme ». Son père semble avoir été un anormal, « grand coureur », auteur de scènes de violence terribles envers sa femme. Le mariage aurait été provoqué au retour de captivité par la sœur du malade ; quatre enfants sont nés, dont les âges s'échelonnent entre 7 ans et 14 mois ; leur mère ne signale parmi eux que les crises de nerfs et l'instabilité d'une fille âgée de 5 ans.

On peut seulement affirmer que les poursuites sont postérieures à la captivité ; on ne peut rien affirmer en ce qui concerne les antécédents ; on sait seulement qu'il a été suivi dans son enfance par le Dr Roubinovitch.

Il y a lieu de remarquer que, même parmi les sujets n'ayant jamais été condamnés avant la captivité, on est frappé de l'existence d'un certain nombre de bégaiements ou autres troubles de la parole, très nets (2), d'onychophagie (1), de somnambulisme (1) ; ces signes se retrouvent d'ailleurs dans n'importe quelle série d'auteurs de ce genre de délit. Dans d'autres cas, on note des antécédents infantiles paraissant évoquer des anomalies ou éléments de déséquilibre mental. Par conséquent, il est possible que la captivité ait pu agir avec prédilection chez des sujets constitutionnellement déficitaires ; d'autre part, l'alcool a pu jouer un rôle favorisant important, net dans quelques cas, soupçonnable dans d'autres, mais non constant.

Ainsi il semble, d'après ces impressions, que la captivité a joué un rôle dans presque tous les cas. Même pour ceux pour lesquels une délinquance antérieure à la captivité existait, la captivité a pu favoriser l'aboulie et orienter la délinquance vers les troubles sexuels. Les autres cas, pour lesquels aucune condamnation n'avait eu lieu avant la captivité, semblent indiquer les faits suivants. Il existe parmi eux un nombre important de phénomènes d'encéphalose (au sens criminologique du terme) ou de débilité motrice. Ce point est commun aux auteurs d'attentats aux mœurs ex-prisonniers de guerre et à ceux qui ne l'ont pas été. En dehors de ces cas, on est frappé par l'existence aussi de déséquilibre mental dans l'enfance ou à l'âge adulte. L'alcoolisme, naturellement, joue son rôle comme dans tous les cas groupés d'attentats aux mœurs ; le déficit de résistance à l'alcool a pu d'ailleurs être aggravé par la captivité.

Enfin, quiconque étudie un assez grand nombre d'attentats aux mœurs constate que certains n'apparaissent que tardivement, à partir de 45 ans, ou plus tard, sans qu'on trouve aucun antécédent, ni dans l'enfance, ni à l'âge adulte. Or, nos captifs ont naturellement vieilli de cinq ans pendant leur captivité. Ils ont parfois vieilli biologiquement du fait des émotions subies, soit pendant, soit au retour de la captivité. Cependant, dans les cas les moins fréquents, un bouleversement psychologique semble seul en cause. Il ne l'est probablement pas, mais la captivité n'en apparaît pas moins comme totalement en cause. Ainsi, dans deux cas particulièrement étudiés et suivis pendant des mois, sans aucun antécédent, sans aucune anomalie personnelle ou familiale, sans même la moindre tendance à l'instabilité, sans alcoolisme surajouté. Le cas d'un ouvrier, spécialisé depuis plusieurs dizaines d'années dans son emploi, qu'il retrouve à sa libération. Vie familiale aussi stable. Retrouve à son retour sa fille unique âgée de 14 ans, sous les traits d'une belle jeune fille. Une passion se précise, qui aboutit à une liaison, menée pendant plus d'un an, et découverte seulement lors d'une grossesse avancée. Nous

avons pu suivre ce détenu pendant plusieurs mois, sans qu'il varie dans l'enthousiasme d'une passion d'adolescent, tout heureux de cette paternité nouvelle, tout avide de connaître les premières réactions du nouveau-né, sans paraître le moins du monde attacher une importance quelconque aux conséquences et à sa détention.

Nous avons obtenu un contact assez long et répété avec l'épouse du détenu, dont la vie semble irréprochable et qui demeure stupéfiée des modifications tératologiques qu'elle n'avait jamais soupçonnées de cette affectivité. Nous n'avons pu, et nous le regrettons, examiner la fille, bien que l'interrogatoire de sa mère ne semble pas révéler de déficit notable.

Pour le second cas, il s'agit d'un homme d'une trentaine d'années, ouvrier spécialisé, intelligent et assez cultivé, sans le moindre antécédent évocateur, personnel ou familial. Pas de psychose de captivité, mais a épousé une femme d'au moins vingt ans plus âgée que lui, en même temps, ou presque, semble-t-il, que la vie des camps lui aurait apporté la révélation de l'homosexualité. Au retour, « cette conversion » se complique bientôt de pédophilie, d'une recherche des adolescents, parmi les fréquentations de piscines publiques par exemple. Une liaison avec un jeune garçon un peu déficitaire, au cours de laquelle s'associaient une affectivité, un souci de culture authentique avec les pratiques les plus répréhensibles, le fait inculper.

Cette note n'a qu'un but modeste et ne vise à rien de péremptoire. Un témoignage de cette prudence est le suivant, l'un d'entre nous, avec le professeur agrégé Carrot, a vécu le rapatriement des psychoses de captivité pendant et après l'occupation. L'extraordinaire richesse des modalités de la réaction, depuis les phénomènes vasomoteurs jusqu'aux dissociations, avec pour intermédiaire presque constant le passage du cauchemar à l'onirisme, était de nature à attirer notre attention en psychiatrie pénitentiaire. Or, nous avons attendu plus de cinq ans d'exploration pénitentiaire avant de poser ce problème.

Ainsi, des faits minutieusement critiqués permettent d'évoquer un rôle certain de la psycho-pathologie de la captivité. La fréquence de ce rôle, son importance parmi d'autres facteurs, sont des problèmes qui appellent d'autres observations pour être précisés, et en particulier l'attention des services des hôpitaux psychiatriques, annexes psychiatriques des prisons, experts près les tribunaux, etc...

DISCUSSION

M. G. DAUMÉZON. — Le nombre très élevé des prisonniers dans la population masculine en 1940 ne laisse pas beaucoup de signification à la statistique qui nous est apportée. Je crois que la proportion d'anciens prisonniers dans l'assistance à cette Société se révèle plus élevée que celle relevée par l'auteur chez les délinquants sexuels.

Le problème qui devrait être étudié est celui des conditions de vie privilégiées que la captivité réalise pour révéler les tendances homosexuelles, les caractéristiques de l'existence en milieu strictement masculin, les diverses compensations recherchées dans le retour vers des situations d'adoles-

cence (cercles scouts, etc...). Un parallèle serait utilement fait avec l'existence de nos milieux asilaires, voire avec les activités qui s'y développent spontanément ou sur notre incitation.

En tout état de cause, il me semble difficile de tirer des conséquences médico-légales valables, en dehors de cas d'espèce rigoureusement étudiés, sur l'imputabilité de déviations sexuelles à la captivité.

M. J. DUBLINEAU. — Le problème soulevé par M. Bachet a pu être discuté au point de vue médico-légal. Il est arrivé que la question soit posée à l'expert de savoir dans quelle mesure la captivité avait pu influencer le comportement d'un inculpé. Il en est de la captivité comme de tout autre facteur. Elle a pu fragiliser certains sujets, en fortifier d'autres. Elle s'est présentée comme une circonstance, face à laquelle chacun a trouvé des moyens d'exhaustion ou des occasions d'affaiblissement. Il paraît bien difficile de reconnaître les cas dans lesquels elle pourrait être invoquée à titre de facteur déterminant.

M. L. MARCHAND. — J'ai été surpris d'entendre M. Bachet prononcer plusieurs fois le terme d'« encéphalose » pour caractériser l'état clinique de sujets délinquants. Le terme d'encéphalose est employé en anatomie pathologique pour désigner un groupe d'affections cérébrales chroniques d'emblée dans lesquelles le processus pathologique consiste en des lésions primitives, dégénératives et progressives des neurones, conséquence de tares héréditaires ou congénitales (affections hérédo-dégénératives). Le groupe des encéphaloses à formes mentales comprend la maladie d'Alzheimer, la maladie de Pick, la démence sénile sans athérome, certaines formes de démence précoce dites constitutionnelles, et je ne cite que les principales affections, car il y en a d'autres qui appartiennent autant à la neurologie qu'à la psychiatrie. Si on emploie le terme d'encéphalose pour désigner des sujets délinquants, des instables, des épileptoïdes, on crée une confusion, le même mot désignant alors des états bien différents. Le langage psychiatrique est déjà encombré de termes assez peu précis pour ne pas enlever au terme encéphalose sa signification exacte anatomo-clinique.

Remarques sur les modes d'enregistrement psycho-somatiques, par M^{lle} LEURET.

A propos de la communication faite par MM. P. Bour et A. Gay sur « un nouveau mode d'enregistrement psycho-somatique », communication parue dans les « Annales médico-psychologiques » de décembre 1951, je crois utile de signaler à l'attention de la Société une mise au point concernant : 1) l'origine de ces enregistrements, 2) leur intérêt clinique.

1) *Un peu d'histoire.* — A la fin du siècle dernier, le Dr Roger Vittoz, de Lausanne, mort en 1925, qui s'était spécialisé dans le traitement des psychonévroses (et de la psychasthénie, en particulier), découvrait sur le front de ses malades une sensation perçue par la main, à laquelle il donnait le nom de vibration ou d'ondulation, et qu'il distinguait du pouls cérébral.

Il dit en particulier (p. 42 de son livre sur le « Traitement des psychonévroses », Baillière, éditeur) :

« Il me semblait bien étonnant que des symptômes parfois si intenses ne puissent être perçus (vérifiés) de l'extérieur. Le pouls cérébral donnait bien des indications, mais pas suffisamment pratiques et, de plus, nécessitait l'emploi d'un instrument délicat. »

« Mes expériences personnelles m'ont démontré, à l'encontre des opinions admises, que la main, avec un certain entraînement, placée simplement sur le front, pouvait donner des indications suffisamment précises sur le travail cérébral. »

« Je sais fort bien avec quel scepticisme sera acceptée cette affirmation, car il est en effet difficile d'admettre que le mouvement du cerveau puisse être perçu à travers la boîte osseuse : mais sans vouloir l'expliquer, tout ce que je puis dire, c'est qu'il a une répercussion extérieure et que cette répercussion peut être sentie par la main ; elle se traduit par une série de chocs répétés, donnant la sensation d'une ondulation ou d'une vibration particulière. »

« Il est fort probable que tout notre corps vibre à l'unisson de notre cerveau, sensation ressentie du reste nettement par des malades. Cette vibration n'est pas localisée uniquement sur le front, mais plus perceptible dans cette région. »

Sûr de sa découverte, Vittoz fit construire un petit appareil rudimentaire, qui fit la preuve de ce qu'il avançait. Il mourut avant d'avoir pu le perfectionner.

Un ami de Vittoz, le Dr d'Espiney, de Lyon, fit alors construire par Boullitte un appareil comprenant un électro-cardiographe, et un microphone très léger fixé sur le front, relié à l'électro-cardiographe par un transformateur spécial.

C'est avec cet appareil qu'il prit les tracés, publiés dans le « Bulletin de l'académie de médecine », n° 6, relatant la séance du 8 février 1927, où parut sa note : « Sur un nouveau mode d'exploration clinique appliqué à l'étude des états névropathiques ».

Telle est donc l'origine de l'appareil que M. Gay a perfectionné et qui nous promet tant d'études intéressantes.

2) *Intérêt clinique de ces phénomènes.* — Nous avons été frappés de constater que les très beaux films de M. Gay, notamment les tracés 7, 8 et 9, traduisant des états de calme volontaire, d'énergie et de contrôle, avaient une allure parallèle aux schémas d'états semblables, publiés en 1942 par le professeur Georges Montaudon, chez Baillière, tracés traduisant les sensations recueillies sur le front de malades au cours d'examens manuels.

Vittoz avait coutume de dire, ainsi que nous l'a rapporté une de ses élèves, que le meilleur instrument ne vaudra jamais la main, pour le traitement des malades.

De même, la découverte du plétysmographe n'a pas détrôné la prise manuelle du pouls.

Nous, qui obtenons des résultats appréciables par la pratique de la méthode Vittoz appliquée à certains cas, nous avons eu souvent l'occasion de constater le bien-fondé de ces affirmations.

DISCUSSION

M. J. DUBLINEAU. — Nous avons eu l'occasion, personnellement, de nous intéresser à la méthode Vittoz, moins pour ce qui est des ondes que pour ce que Vittoz a apporté dans le domaine des « prises de conscience ». Il y avait là toute une mine de documents utilisables en matière de psychothérapie et de rééducation psycho-motrice.

Nous avons été moins convaincu par ses techniques de recherche des ondes. Mais peut-être n'avons-nous pas été assez persévérant dans nos investigations.

M. M. BACHET. — Il est exact que Vittoz a, le premier, décrit, et perçu — ou cru percevoir — des phénomènes vibratoires particuliers. Personnellement, je n'ai pas perçu les vibrations en question, mais j'ai appliqué sa méthode de relaxation musculaire. Il faut se garder du danger d'entrer en résonance, sinon dans le mysticisme, du moins dans le prélogisme. L'hypnose a perdu son crédit le jour où les chercheurs se sont laissés prendre à ce danger.

Mlle S. LEURET. — Quand on se donne la peine d'étudier la méthode, on s'aperçoit qu'elle aboutit à un contrôle rationnel, contraire du prélogique. On amène le malade à un état de contrôle en tendant à le débarrasser de ses tendances prélogiques. D'ailleurs, chez le malade anesthésié, on n'éprouve pas la même sensation que chez le malade éveillé.

Hémorragie intestinale probablement imputable à la cure de Sakel, par M. G. BOITTELLE, M^{me} Cl. BOITTELLE-LENTULO, MM. HOURCARD et FALLEKER.

Les accidents provoqués par la cure de Sakel sont l'objet depuis quelques années de nombreuses communications. Mieux connus, donc souvent plus rapidement curables, ils permettent aussi des réflexions pathogéniques intéressantes.

OBSERVATION. — Mme C..., 41 ans. Mariée, trois enfants, présente depuis plusieurs mois un état d'asthénie intense avec désintérêt et athymhormie. Elle néglige son ménage, ses enfants, éprouve un sentiment d'étrangeté du monde extérieur ainsi que des phénomènes d'automatisme mental. La moindre concentration psychique est impossible. Tous les traitements en dehors de l'insuline ont été pratiqués sans succès. Nous avons hésité longtemps avant de traiter cette malade par l'insuline, d'une part en raison de son âge, d'autre part, elle présentait un léger souffle systolique de la base. Notons que ses règles étaient toujours très abondantes, et que son temps de saignement était très augmenté. Sa tension artérielle était à 11-6. La numération globulaire, 4.000.000 globules rouges. Nous avons donc commencé l'insuline. Le troisième jour, à 30 unités, alors que la malade n'a que des sueurs légères, elle présente une selle hémorragique bénigne. Traitement habituel. En l'espace de quelques heures, l'hémorragie intestinale devient très abondante, la tension artérielle diminue fortement, sueurs, lipothymie. A ce moment, la malade est parfaitement présente, cause avec nous, s'inquiète de ses enfants, dont elle ne parlait plus depuis déjà plusieurs mois. La tension artérielle devient imprenable, le pouls est misé-

nable, le cœur sourd et lointain. Les injections de post-hypophyse arrêtent enfin l'hémorragie et une injection de subtosan (500 cc. $\times$ 2) remonte la masse liquidienne. A ce moment, l'anémie est à moins de deux millions de globules rouges.

Cette hémorragie grave a eu une heureuse influence sur l'évolution de la psychose et une série de chocs pratiqués quinze jours après ont permis le retour de la malade chez elle, où nous savons que, depuis plus de deux mois, elle mène une vie de famille tout à fait normale.

Cette malade, nous l'avons signalé, avait un système circulatoire fragile et une nette tendance à l'hémorragie. L'insuline à faible dose a très vraisemblablement provoqué une suffusion hémorragique en vastes nappes au niveau du grêle. Nous noterons que Billet, Pagès et Lafon, dans un article paru dans les *Annales médico-psychologiques* de janvier 1951, évoquent un processus analogue, mais localisé au niveau de la capsule interne pour expliquer une hémiplegie gauche, survenue après la troisième injection d'insuline (50 unités) chez une malade qui n'était pas dans le coma.

Que conclure de cette brève observation ?

L'influence probable de l'insuline sur le système circulatoire, et en particulier sur les tuniques vasculaires, d'où la fréquence relative des suffusions hémorragiques en différents points de l'organisme et pas forcément au niveau du système nerveux central, chez des malades dont le système vasculaire est plus ou moins fragile.

DISCUSSION

M. P. CHATAGNON. — Cette observation est à verser au dossier des dangers de la cure de choc insulinaire. Les phénomènes de congestion sont en effet fréquents et ont (ce cas le montre) des conséquences parfois dramatiques.

Trois cas de méningite tuberculeuse associée à une granulie.

Echec de la streptomycine, par M. G. BOITTELLE, M^{me} Cl. BOITTELLE-LENTULO, MM. HOURCARD et HIEBEL.

Pour la première fois, avec la streptomycine, nous disposons d'une médication biologique indiscutablement active contre le bacille de Koch. Dans les méningites tuberculeuses cliniquement pures (c'est-à-dire sans dissémination miliaire pulmonaire), la streptomycine a donné des résultats intéressants, et malgré de nombreuses déceptions, il existe des guérisons apparemment stables, contrôlées un an et plus, après le début de la maladie.

Mais ces méningites pures ne sont pas les plus fréquentes. L'association d'une miliaire est en effet loin d'être rare. Deux cas peuvent alors se présenter : la méningite peut être primitive, ou au contraire se développer au cours d'une miliaire.

Nous avons eu l'occasion, dans ces derniers six mois, de traiter à

Lorquin, et au sana de Sarrebourg, trois malades atteints simultanément de méningite et de granulie.

Nous allons résumer ici les trois observations, pour exposer ensuite les quelques réflexions inspirées par le traitement.

OBSERVATION 1. — C... Camille, 19 ans, admis dans le service le 28-2-1951, envoyé par son médecin-traitant avec le diagnostic de méningite probable. Ce jeune homme, depuis un mois à peu près, présentait un état d'asthénie avec amaigrissement et céphalées intermittentes. Une instabilité thermique, avec de courtes poussées fébriles. Quelques jours avant son hospitalisation, il présentait une raideur de la nuque. A l'admission, c'est un malade amaigri, présentant un certain état d'obnubilation intellectuelle. On note la raideur de la nuque et une abolition des réflexes tendineux. La ponction lombaire a donné les résultats suivants : Liquide eau de roche. Tension : 65 en position assise au manomètre de Claude. Glucose : néant. Albumine : 1 gr. 2. Chlorures : 5 gr. 30. Hyperleucocytose : 150 éléments. Présence de bacilles de Koch sans centrifugation.

La température était à 39,5, le pouls à 90, la radio pulmonaire montrait un semis granulique du champ pulmonaire droit. Pendant les quinze premiers jours, nous avons pratiqué la thérapeutique habituelle, à savoir : 1 gr. de streptomycine intramusculaire et 0 gr. 05 intrarachidien ; nous n'avons observé aucun changement dans la courbe de température, qui se maintient en plateau à 39 ; le pouls avait tendance à augmenter ; les signes cliniques s'aggravent : photophobies intenses, céphalées, vomissements, constipation, insomnie. Devant l'échec de cette thérapeutique classique, nous avons adopté celle préconisée par les Suisses et les Américains ; nous avons fait 3 gr. de streptomycine intramusculaire trois fois dans la journée avec 0 gr. 05 intrarachidien tous les deux jours seulement. La défervescence thermique a été presque immédiate, et en huit jours la température oscillait entre 37,2 et 38, mais le pouls s'était nettement accéléré (110). Le malade avait bon appétit, s'alimentait seul, s'asseyait sur son lit, les céphalées étaient moins violentes, l'insomnie moins marquée, enfin son obnubilation était moins accentuée. Entre temps, nous avons associé pendant deux jours le P.A.S. (10 gr.). L'intolérance gastrique nous l'a fait abandonner. A ce moment, la ponction lombaire a donné les résultats suivants : Liquide xanthochromique. Le glucose est remonté à 0 gr. 65. L'albumine passe à 3 gr. Les chlorures sont inchangés : 5 gr. 50. Très rares bacilles de Koch après centrifugation. Tension : 65 assis au Claude. Cellules : 65 par mm³.

La constipation du malade est opiniâtre. A ce moment, nous ne faisons plus qu'une injection intrarachidienne par semaine, mais alors que la température se maintient à peu près en plateau entre 37 et 38, que les signes cliniques sont très légers, une paralysie oculaire apparaît (strabisme interne de l'œil gauche) avec une inégalité pupillaire. Nous observons aussi de l'hypoacousie. Les réflexes tendineux sont vifs et il y a un Babinski spontané bilatéral. Dans le même temps, un syndrome confusionnel fait son apparition, avec obnubilation, réponses à côté, légère excitation motrice. La ponction lombaire révèle une absence totale de bacilles de Koch après examens répétés et très poussés. La tension du liquide céphalo-rachidien accuse 75 au manomètre de Claude. Nous sommes surtout frappés à ce moment-là par la couleur du liquide céphalo-rachidien, qui est nettement jaune, et qui coagule presque instantanément dans le tube avec un taux

d'albumine énorme : 3 gr. 5, glucose N., 20 cellules, chlorures toujours à 5 gr. 5, absence de bacilles de Koch.

Alors que nous sommes au 90^e jour du traitement, tous les signes cliniques s'accroissent brusquement : la contracture est très intense avec tous les signes habituels : augmentation des réflexes tendineux, des tremblements, de la céphalée, des vomissements, bref le tableau classique, mais la température ne dépassant jamais 38, pouls à 110. A ce moment, l'image pulmonaire est quasi-normale, l'amaigrissement est très accentué, les troubles mentaux sont très importants, du type confusionnel avec délire hallucinatoire terrifiant et délire de persécution, l'agitation est intermittente, préoccupations délirantes de thème sexuel, gâtisme intermittent. Au 100^e jour, la ponction lombaire ramène un liquide jaunâtre, s'écoulant très difficilement et coagulant presque instantanément. La tension est 80 au Claude, pas de bacilles de Koch, 3 gr. 5 d'albumine, glucose néant. Au 104^e jour, la température monte à 39,5 ; mort au 111^e jour, après cinq jours de coma partiel, entrecoupé de cris.

OBSERVATION 2. — D..., 17 ans. Entre dans le service le 6-4-1951, est traité par son médecin pour un état grippal avec quelques petits râles bronchiques. Le 2 avril, il présente une ébauche de signes méningés. Il est donc admis au service libre le 6-4-1951. Il se plaint de céphalées sus-orbitaires, d'insomnie depuis quelques jours. Il présente une très légère raideur de la nuque, il se sent fatigué et n'a pas d'appétit. Température : 38,5 ; pouls : 80 ; n'est pas allé à la selle depuis huit jours.

Ponction lombaire : Tension à 60 au Claude. Liquide céphalo-rachidien eau de roche. Glucose : néant. Albumine : 0,80. Chlorures : 6,31. Cellules : 98. Bacilles de Koch très nombreux (4 par champ). Radio : semis granulique des deux champs pulmonaires.

Nous traitons d'emblée par 3 gr. de streptomycine intramusculaire, plus 0,05 intrarachidien. Au 21^e jour, la température est normale, mais le pouls augmente et passe à 100. Au point de vue clinique, nous notons simplement une légère hypoacousie, une très légère torpeur et une hyperesthésie cutanée. Alimentation correcte, pas de perte de poids.

Ponction lombaire : Tension à 65 au Claude. Liquide céphalo-rachidien eau de roche. Glucose : 0 gr. 60. Chlorures : 6 gr. Pas de bacilles de Koch. Cellules : 65. Radio : image de granulie améliorée.

Au 50^e jour de la maladie, alors que tous les signes cliniques s'améliorent et que les résultats de laboratoire sont meilleurs, alors que la température est normale, des troubles mentaux apparaissent, à type de confusion mentale intermittente, avec des intervalles lucides, délire hallucinatoire de type visuel avec cris, agitation, gâtisme intermittent. Le liquide céphalo-rachidien est toujours eau de roche, très hypertendu, 78 au Claude, l'albumine ne dépasse pas 1 gr. Au 62^e jour, brusque hyperthermie, pouls à 120, précoma, mort au 67^e jour.

OBSERVATION 3. — D... Raymond, 22 ans, peintre. Début insidieux de la maladie vers décembre 1950, fatigue, amaigrissement, sueurs nocturnes. Janvier 1951, radio à l'hôpital de Saverne. Entre le 1^{er}-2-1951 au sana de Sarrebourg. Image radiologique typique de la granulie d'Empis. Température : 38° ; rares bacilles de Koch après homogénéisation. Traité par 1 gr. de streptomycine, la température se stabilise à la normale, bonne reprise de l'état général, passe de 62 à 68 kg. en mars. Nettoyage radiologique important.

13 mars : La température monte brusquement de un degré et se maintient entre 37,5 et 38. Aucun signe accompagnateur, appétit conservé ; vitesse de sédimentation : 4/9. Devant la persistance de la température, on fait une ponction lombaire le 10-4-1951 : Bacilles de Koch : +. Tension : 60. Albumine : 2 gr. Glucose : 0 gr. 15. Chlorure : 6 gr. 50. Cellules : 170. Liquide clair, eau de roche.

L'examen clinique est négatif. L'état général est bon, l'appétit conservé. Traitement : 3 gr. de streptomycine toutes les 24 heures pendant les dix premiers jours, 0 gr. 05 intrarachidien tous les deux jours. Très rapidement, le liquide céphalo-rachidien devient xanthochromique, puis nettement jaunâtre, trouble, coagulant rapidement. Les bacilles de Koch ont disparu du liquide céphalo-rachidien, pas d'hypertension, le glucose devient N., l'albumine monte à 2 gr. 5, 230 cellules. On descend à 2 gr. la streptomycine intra-musculaire, puis à 1 gr. 1/2, pour reprendre à 1 gr. Le 12 mai, des cloisonnements très nombreux interdisent les ponctions lombaires, même hautes. L'état général s'aggrave, quelques vomissements apparaissent ainsi qu'un strabisme de l'œil gauche avec rétrécissement du champ visuel du même côté. Le 28 mai, perte du contrôle sphinctérien et vomissements incoercibles, céphalées et apparition d'un syndrome confusionnel avec fabulation. Malade transféré dans sa famille, où il est décédé en hyperthermie.

Conclusions. — Dans deux cas de nos observations, nous pouvons considérer qu'il y a simultanéité entre l'atteinte méningée et la granulie ; toutefois, l'atteinte granulique est plus grave dans le premier cas que dans l'autre. Ces deux cas ont été traités d'une façon identique ; l'un a parfaitement bien supporté la streptomycine intrarachidienne, sans présenter aucune réaction d'irritation ; l'autre a présenté un syndrome de Froin typique, avec liquide céphalo-rachidien xanthochromique, la coagulation presque instantanée et hyperalbuminose. Dans les deux cas, l'amélioration du liquide céphalo-rachidien était notable, sauf en ce qui concerne les chlorures, dont le taux n'a que très peu augmenté.

Dans aucun de ces cas, nous n'avons observé de cloisonnement, les troubles mentaux ont été le premier signe avant-coureur d'une évolution fatale. Dans les deux cas, il y a eu nettoyage radiologique partiel de la lésion pulmonaire. Il semble même que l'aggravation méningée ait coïncidé avec l'amélioration pulmonaire.

La troisième observation est un cas de méningite survenant au cours du traitement streptomycinique d'une miliaire. Dans ce cas, aussi, nous remarquons un nettoyage radiologique de la granulie précédant l'atteinte méningée, l'intolérance méningée à la streptomycine a été très rapide et l'apparition d'un syndrome de Froin très précoce (xanthochromie, albumine, coagulation très rapide). Les cloisonnements multiples ont été aussi très précoces.

En conclusion, nous pensons qu'il serait utile de radiographier systématiquement tous les malades atteints de méningite, l'atteinte pulmonaire étant relativement fréquente et aggravant considérablement le pronostic. Réciproquement, un diagnostic de granulie doit imposer la ponction lombaire. L'évolution paraît devoir être

beaucoup plus rapidement fatale dans le cas de la granulie primitive que dans le cas où la méningite est le premier signe.

Fouquet, Heimann, Meyer, Hennequet (*Société médicale des hôpitaux de Paris*), sur neuf cas de granulie avec méningite, n'ont observé aucune guérison.

Enfin, quant aux injections intrarachidiennes, nous sommes assez réservés. Dans deux cas, la streptomycine a été irritante pour les méninges. Dans un cas elle ne l'a pas été, mais l'évolution de la maladie n'en a pas été modifiée pour autant.

A l'époque où nous avons traité ces malades, le P.A.S. en perfusion veineuse était dangereux et provoquait des thromboses. *Per os*, il a provoqué, chez nos malades, une intolérance gastrique très rapidement totale.

Indications et résultats de la lobotomie dans les troubles du caractère de l'épileptique, par M. G. BOITTELLE, M^{me} Cl. BOITTELLE-LENTULO, MM. R. DANY et L. SINGER.

Nous avons rapporté, au congrès de Besançon, nos premières observations de lobotomie chez des épileptiques. Nous voulons revenir aujourd'hui sur ce problème, avec un an et demi de recul supplémentaire, et un nombre de cas plus important. Les travaux consacrés aux résultats de la lobotomie chez les épileptiques sont extrêmement peu nombreux, et ceci principalement en raison du risque qui existe après ces interventions neuro-chirurgicales, de créer chez un sujet non épileptique, des crises convulsives, on aurait donc pu légitimement craindre d'aggraver le rythme convulsif. Ce qui nous a amené à faire pratiquer ces interventions, ont été les résultats apportés par de nombreux auteurs, d'amélioration des troubles du caractère à la suite de la lobotomie. Or, après avoir fait pratiquer douze de ces interventions chez des épileptiques présentant des troubles graves du caractère, nous avons été obligés de constater que, bien souvent, ces troubles étaient considérablement amendés, et que le rythme des crises, loin d'augmenter, diminuait même d'ampleur dans la majorité des cas. Il est évidemment indispensable de pratiquer avant l'opération un bilan biologique complet, afin d'éliminer les épilepsies symptomatiques, dans lesquelles il est possible d'obtenir une amélioration des divers symptômes, en agissant sur la cause primaire. Nous ne nous sommes adressés qu'à des épilepsies dites essentielles, dont étaient atteints des malades généralement internés depuis de nombreuses années, considérés comme chroniques, et dont la vie s'écoulait dans les quartiers d'agités où leur agressivité, où leurs troubles du caractère les confinaient. Chez les épileptiques comme chez tous les autres malades mentaux, la lobotomie doit être une inter-

vention d'exception, qui n'est de mise qu'après l'échec de toutes les autres thérapeutiques moins mutilantes.

Ces interventions ont été pratiquées par le Dr Dany, dans le service du professeur Fontaine à Strasbourg ; la technique employée fut celle de Poppen.

OBSERVATION 1. — D... Denise, 24 ans. Crises depuis l'âge de 14 ans, d'abord deux à trois par mois, puis deux par semaine. Périodes de sub-excitation principalement le lendemain des crises, avec agressivité, violence et injures, bris de carreaux et de vaisselle. Viscosité psychique, malade dangereuse dans le service. Lobotomie en février 1950. Enurésie pendant deux mois, augmentation des crises, et diminution nette de l'impulsivité avec même docilité morbide, suggestibilité, affaiblissement intellectuel réel. Au bout d'environ un an, le traitement anti-épileptique étant continué, les crises ont pratiquement cessé, et la rééducation a permis une reprise de la vie sociale à l'asile. Elle a de l'initiative, seule persiste une légère suggestibilité, et elle pourrait très bien occuper un emploi de domestique si sa famille voulait s'en occuper.

OBSERVATION 2. — L... Liliane, 26 ans. Crises convulsives très rares mais troubles du caractère très intenses empêchant toute vie sociale et aboutissant au vagabondage après s'être brouillée avec tous les membres de sa famille. Dans le service, bris de carreaux, coups, etc... Lobotomie en mai 1950, et depuis cette date n'a plus présenté de crises convulsives lorsqu'elle prend son traitement, mais les troubles du caractère ont sensiblement diminué ; reste principalement une certaine tendance maligne et quelques disputes, mais bien moins vives. Travaille dans les ateliers d'ergothérapie.

OBSERVATION 3. — C... Yvette, 20 ans. Depuis l'âge de 12 ans, plusieurs crises convulsives par semaine ; au cours d'une de celles-ci, elle s'est grièvement brûlée. Très graves troubles du caractère avec disputes et agressivité ; elle a même cherché, dans un accès de colère, à mettre le feu chez elle. Multiples fugues mnésiques. Viscosité importante. A son entrée, en novembre 1950, l'état d'agitation était proche de celui d'une manie confuse. Elle était la malade la plus agitée du service des agitées. Lobotomie en janvier 1951 ; amélioration spectaculaire, disparition de tout déséquilibre émotif et d'idées de suicide, calme, tranquille, aimable, cherchant à s'occuper. Lorsqu'elle sortit, en avril 1951, elle présentait encore un vertige épileptique lors des règles, avec un caractère un peu difficile pendant deux jours. La vie familiale put être maintenue.

OBSERVATION 4. — J... Jacqueline, 24 ans. Observation rapportée en détail à la séance clinique de janvier 1952.

OBSERVATION 5. — D... Jean, 31 ans. Entre en février 1947 dans le service pour un état d'agitation extrêmement violente, d'origine comitiale. Début des crises en 1933. Crises convulsives espacées, mais vertiges épileptiques assez fréquents. Fugues, malade extrêmement querelleur, se battant pour des futilités avec les autres malades, ne supportant aucune observation. Comportement très épileptoïde, langage lent, bradypsychie extrêmement marquée. Il reçoit régulièrement 0,10 de gardénal, ce qui suffit pour faire disparaître les crises comitiales, mais les troubles caractériels

vont en augmentant. Lobotomie en septembre 1949. Comportement modifié, ne présente plus aucune colère ; les premiers temps, apparaît même un peu trop indifférent, mais bientôt, incité au travail, il donne rapidement satisfaction, son attitude devient très adaptée. Il est mis dans un service de semi-liberté, se comporte bien, on ne note aucun affaiblissement intellectuel et plus aucun trouble du caractère. Il sort en février 1950, se comporte bien en famille, s'occupe à l'extérieur et donne satisfaction à ses employeurs.

OBSERVATION 6. — H... Georges, 32 ans. Entre en novembre 1949 dans le service pour une confusion mentale d'origine comitiale. Crises épileptiques depuis l'âge de 21 ans, à la suite probablement d'un traumatisme crânien grave. A l'admission, confusion, refus d'aliments, périodes d'agitation, impulsions violentes et clastiques. Stabilisation des crises par les barbituriques, mais les troubles du caractère, grosse irritabilité, importunité, subsistent. Viscosité psychique. Les périodes d'agitation sont intenses, nécessitant le maintien du patient au lit par des bracelets. Lobotomie en octobre 1950 ; à son retour, le malade était calme, tranquille, aucun trouble de la sphère intellectuelle. Alors qu'auparavant il se désintéressait de sa famille, commence à lui écrire, s'intéresse à la marche du service. Ne présente plus aucun trouble du caractère, plus de crise épileptique. Rééducation très rapide. La sortie était envisagée, lorsque le malade mourut d'une affection intercurrente.

OBSERVATION 7. — S... Mathias, 42 ans. Entre dans le service le 6-7-1949 pour un état confusionnel d'origine comitiale. Présente des crises épileptiques depuis l'âge de 20 ans, à la suite d'un important traumatisme crânien. Deux crises comitiales typiques par mois, parfois elles n'apparaissent que tous les deux mois. A son entrée, il présente un comportement très particulier, ne parle pas, se contente de répondre par gestes aux questions posées, périodes d'agressivité et de mutisme. Les intervalles calmes diminuent de plus en plus et réalisa un état très clastique et permanent. Le traitement anti-épileptique est sans action sur cette impulsivité. Lobotomie en juin 1951, suites opératoires normales. A son retour, le malade est calme, mais l'amélioration ne permet pas d'envisager une sortie. Il est beaucoup moins impulsif, et accepte les médicaments.

OBSERVATION 8. — G... Joseph, 32 ans. Début des crises à 18 ans, peut-être secondaires à un traumatisme à 14 ans. Troubles graves du comportement avec colères intenses ; bris de vaisselle et de meubles, menaces à sa mère, refus de travailler. Il arrive dans un état de confusion mentale avec crises subintrantes. Syndrome confusionnel et crises cédèrent aux barbituriques, mais troubles du caractère toujours très graves. Lobotomie en juillet 1950. Persistance pendant quelque temps d'une légère irritabilité, mais l'amélioration se précise ; malade devenu tranquille, s'occupe et est plus gai. En octobre 1950, sortie d'essai qui échoue, en raison de l'arrêt de tout traitement, reprise des crises, sort à nouveau en juillet 1951. Bonne réadaptation sociale au travail.

OBSERVATION 9. — J... Robert, 18 ans. Véritable comportement d'un caractériel avec inadaptabilité, irritabilité presque continuelle, ceci depuis deux ans. Plusieurs fugues. Crises convulsives une par semaine. Lobotomie en

juin 1951, n'entraînant aucune amélioration du caractère ; les crises sont maintenant nocturnes et se produisent toutes les nuits.

OBSERVATION 10. — B... Jean, 27 ans. Rares crises convulsives depuis l'âge de 18 ans ; sujet hypernerveux, coléreux, agressif, ne s'entend plus avec personne, menace tout l'entourage. Attentats aux mœurs sur sa fille, comportement extérieur impossible. Lobotomie en février 1951, donnant une certaine détente de l'hypernervosité, supporte mieux les bruits, mais jovialité plus marquée, indifférence et peut-être léger affaiblissement intellectuel ; est toujours aussi impulsif.

OBSERVATION 11. — J... Edmond, 22 ans. Crises depuis l'âge de 14 ans ; 66 crises en novembre 1940 et 35 en décembre. Amélioration légère du rythme par les barbituriques, mais crises très violentes suivies d'un état confusionnel durant deux jours, troubles du caractère intenses avec fugues et élasticité. Lobotomie en septembre 1949, donnant une amélioration du caractère très marquée. Ne subsiste qu'une légère tendance récriminative, un langage lent et une pensée visqueuse. Pas d'affaiblissement intellectuel. Diminution de toute impulsivité. Sorti, le malade travaille comme jardinier et gagne correctement sa vie ; rares crises nocturnes.

OBSERVATION 12. — F... Léon, 30 ans. Admis dans le service le 4-4-1948, pour un état d'excitation psycho-motrice d'origine comitiale. A partir de 1942, crises comitiales typiques avec perte de connaissance, qui vont en augmentant jusque parfois dix crises par jour en 1943. Amélioration à la suite d'une thérapeutique probablement aux barbituriques, et le malade put être mobilisé en 1944 dans la Wehrmacht ; il travaille ensuite à la S.N.C.F., mais bientôt cesse de travailler ; à cette période, il cessa probablement le traitement ; aggravation des tendances caractérielles à type de colères extrêmement violentes, avec menaces pour l'entourage, qui le font interner en 1948. A son entrée, présente un syndrome confusionnel et quelques crises comitiales, très forte irritabilité, querelleur. Adressé à Strasbourg pour examens complémentaires, il a, au cours d'une crise de colère, énucléé l'œil d'un de ses voisins. Lobotomie en octobre 1949, n'ayant donné que des résultats légers ; son état est sensiblement le même, il passe par des périodes de calme relatif, persistance d'une irritabilité se transformant parfois en impulsions clastiques. Crises convulsives, environ une toutes les six semaines.

Nous avons donc traité 12 malades épileptiques par lobotomie, tous présentant des crises convulsives et des troubles graves du caractère. Six malades sont sortis, pouvant reprendre une vie normale à l'extérieur ; deux malades pourraient sortir, si les conditions sociales le permettaient ; deux malades n'ont pas été modifiés par l'intervention, un malade a été aggravé, un décès par affection intercurrente a été déploré chez un malade qui devait sortir. Chez aucun, les crises convulsives n'ont été augmentées ; elles sont restées inchangées chez trois malades, et considérablement diminuées ou disparues chez huit. Il ne nous a pas semblé que la viscosité intellectuelle et affective était diminuée après l'intervention, mais en raison de la disparition des troubles du caractère et de l'impulsivité dans les cas

favorables, elle devient bien plus supportable pour l'entourage. Nous devons signaler aussi que, parfois, l'amélioration a été longue à obtenir après l'intervention, et dans un cas que nous avons considéré au début comme un échec, il a été présenté comme tel au congrès de Besançon, en raison de l'affaiblissement intellectuel très net ; une récupération du niveau mental a pu être obtenue, mais a été très longue. Signalons simplement, sans vouloir faire ici une étude électro-encéphalographique des épileptiques lobotomisés, que nous nous réservons de faire ultérieurement, que l'amélioration clinique, s'accompagnant de modifications parallèles de l'électro-encéphalogramme après l'intervention et même en l'absence de toute crise, il est aussi perturbé qu'avant l'opération.

Un recul plus long nous semble utile, afin de se faire une opinion définitive et, dès maintenant, il nous semble que l'on peut favorablement agir sur l'impulsivité de nos épileptiques graves d'hôpitaux psychiatriques, généralement condamnés à la chronicité, par la lobotomie.

DISCUSSION

M. L. MARCHAND. — Les tentatives de M. Boittelle d'améliorer par la lobotomie les états caractériels et agressifs de certains épileptiques sont très intéressantes, mais cette opération ne doit être réservée qu'à quelques rares cas, car il est peu logique de pratiquer une mutilation cérébrale importante à des cerveaux déjà lésés. Les médecins des hôpitaux psychiatriques, qui ont dans leur service un quartier d'épileptiques, savent combien certains de ces malades sont agressifs, destructeurs, déchireurs, violents, et qu'il suffit de quelques cas pour jeter le trouble dans le quartier et rendre pénible la surveillance des infirmiers. J'estime que dans de tels cas, plutôt que d'être obligé de tenir les malades enfermés dans une chambre d'isolement ou maintenus continuellement par une camisole de force, il est indiqué de pratiquer une lobotomie. Les résultats qui viennent de nous être présentés sont encourageants puisque plusieurs malades ont pu quitter l'hôpital et reprendre une vie familiale. Quant à la diminution des crises convulsives observées chez certains des sujets lobotomisés, cette amélioration ne me surprend pas, car toute intervention chez les épileptiques, même portant sur l'organisme en dehors du cerveau, entraîne pendant un certain temps une suspension ou une diminution des crises.

Syndrome diabétique et gommès cutanées apparues plus de trente ans après une syphilis acquise, correctement traitée et négative chez une alcoolique chronique, par M^{lle} C. CHATAGNON et M. P. CHATAGNON (1).

OBSERVATION. — En janvier 1951 entré dans le service de l'un de nous une femme de 56 ans, Mme R., ancienne prostituée, présentant un état de subexcitation psychique avec troubles de l'humeur et du caractère exacerbés par une intoxication éthylique chronique. Le sevrage d'alcool, l'isole-

(1) Hôpital de Maison-Blanche et Institut national d'hygiène.

ment et la discipline hospitalière permirent un retour rapide à un équilibre caractériel satisfaisant et à un comportement normal avec reprise d'activité utile. Mme R... travaille régulièrement aux travaux ménagers et avec diligence. On ne note pas chez elle de déficit intellectuel, mais le psychisme est celui d'une débile. Mme R... accuse toutefois des céphalées fréquentes et pénibles.

Les examens de laboratoire nous révèlent :

Urines : pas d'albumine, pas de sucres réducteurs. Sang : réactions humorales toutes négatives.

Liquide céphalo-rachidien. — Tension : 31-21. Albumine : 0,40. Réaction de Pandy : $\pm$. Réaction de Weichbrodt : 0. Leucocyte : 0,6. Réaction du benjoin : 00000.22222.00000. Réaction de Bordet-Wassermann : négative. Réaction de Saint-Prix-Muternülch : négative.

Cependant, l'étude du passé de Mme R... nous apprend qu'élevée auprès de ses parents, elle a à 20 ans sa première grossesse, à 24 ans sa deuxième, puis elle quitte sa famille, est emmenée à Paris et se prostitue. A 25 ans (en 1920), elle contracte une syphilis marquée par un chancre génital avec accidents cutanéomuqueux, immédiatement et régulièrement traités à Saint-Lazare par le sulfarsénol durant quatre années. Puis, dix ans après, de 1935 à 1938, elle est traitée par le bismuth (bivato). Depuis lors, elle n'a subi aucun traitement.

Son entrée dans notre service fut, comme nous l'avons dit, motivée par un épisode de difficultés sociales, dû à son caractère irritable, aggravé par un éthylisme chronique. Durant la restauration de ses troubles, il nous fut donné d'observer l'apparition d'un syndrome diabétique et de manifestations de syphilis tardive, dont les circonstances d'apparition sont les suivantes :

Mme R... est mise au traitement anti-syphilitique du 24 janvier au 2 mars 1951 ; elle reçoit 5 gr. 65 de novarsénobenzol et huit millions de pénicilline. Dès la fin du traitement, nous sommes frappés par la diminution de l'appétit et la baisse rapide de poids, qui passe de 56 et 55 kg. en janvier et février à 49 kg. le 1^{er} avril. La courbe de poids va ainsi se maintenir, oscillant entre 49 et 47 kg. jusqu'en décembre 1951. Mais, en mai, apparaissent des tuméfactions sous-cutanées du volume d'un œuf de pigeon, et qui vont lentement s'accroître en volume pour atteindre les dimensions d'un petit œuf de poule, au niveau de la région dorsale gauche de la crête iliaque et du grand droit abdominal gauche. Ces tuméfactions, d'abord mobiles, sont prises pour des gommès qui, progressivement, adhèrent aux plans cutanés, s'abcèdent et laissent écouler une sérosité et pas de pus sur des bords circonscrits, surélevés et violacés. La guérison de ces gommès est lente à se produire. Un examen d'urine révèle, en décembre, l'existence d'une glycosurie sans signes cliniques de diabète : pas de polyphagie, ni de polydipsie, ni de polyurie (un litre d'urines par 24 heures) mais de l'inappétence. Le 19 décembre 1951 : urines, présence de 50 gr. de sucres réducteurs. Réactions de Legal et de Gerard : négatives. Des doses croissantes de 45 à 80 unités d'insuline, associées à un traitement au novarsénobenzol (5 gr. 65, de décembre 1951 à mars 1952) font passer la glycosurie à 49 gr. par jour le 1^{er} février, à 7 gr. 60 le 25 février, et la glycosurie disparaît le 10 mars 1952, alors que la glycémie est normale, 1 gr. 17 %.

Parallèlement, les gommès évoluent vers la guérison : leur cicatrisation

est achevée le 10 mars 1952 et la courbe de poids, qui atteint 52 kg. en février 1952, est en mars de 54 kg., ayant presque atteint le poids d'entrée de la malade. Notons que l'appétit est de nouveau normal.

Ainsi donc, chez une femme de 56 ans, ancienne prostituée, ayant contracté la syphilis (accidents primo-secondaires) à l'âge de 25 ans, correctement traitée durant quatre ans (1920-1924) par du sulfarsénol, puis dix ans plus tard par du bismuth (séries de bivatol, 1935-1938), nous voyons apparaître, à la suite de troubles du comportement aggravés par un léthylisme chronique, un syndrome diabétique avec dénutrition et des gommescutanées survenues à la suite d'un traitement anti-syphilitique mixte actif : novarsénobenzol (5 gr. 65) et pénicilline, huit millions d'unités en dix jours, alors que les réactions sérologiques, qui ont toujours été négatives, le demeurent.

Le traitement par l'insuline ayant précédé de un mois la reprise d'un traitement au novarsénobenzol, n'a eu aucune action sur la cicatrisation des gommescutanées alors ulcérées. Le traitement As_3 , ensuite, a déclenché une cicatrisation rapide.

Il semble donc que les faits nous autorisent à dire que le traitement anti-syphilitique effectué lors de l'entrée dans notre service a bien été un traitement réactivateur pour les gommescutanées et déclenchant pour le syndrome diabétique. Nous ne pouvons ici soulever le complexe problème de la pathogénie du diabète syphilitique et nous nous contenterons de souligner les enseignements suivants d'une telle observation :

1° l'apparition d'accidents syphilitiques tardifs (ici les gommescutanées) chez des sujets correctement traités et blanchis (mais soumis aux réinfections) ;

2° l'apparition d'accidents syphilitiques tardifs chez des sujets parfaitement « blanchis » puisqu'ayant des réactions négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, ce qui enlève, nous semble-t-il, bien de la valeur accordée aux « réactions sérologiques » actuellement pratiquées ;

3° l'association de l'intoxication éthylique, de l'infection syphilitique et peut-être des antibiotiques dans le déclenchement des troubles de la nutrition ;

4° et, réciproquement, l'importance du point de vue de la physiopathologie générale des troubles de la nutrition et de la trophicité sur les accidents terminaux d'un grand nombre d'infections ou d'intoxications chroniques.

Nous reviendrons sous peu sur cet intéressant problème.

Une conclusion générale s'impose : c'est la nécessité d'un traitement prolongé, continu, et non interrompu dans toutes les infections syphilitiques. Il n'y a pas encore, nous semble-t-il, de médication stérilisante absolue, surtout pour des sujets soumis à des réinfections presque fatales.

Le syndrome diabétique bénin a guéri remarquablement par l'association insuline-As trivalent en trois mois environ et c'est pourquoi il n'est pas déraisonnable de lui accorder, partiellement au moins, une étiologie syphilitique.

DISCUSSION

M. L. MARCHAND. — Chez cette malade, les réactions sanguines sont restées négatives pendant toute la période évolutive des deux gommes syphilitiques. Cette particularité est importante à relever. Il faut aussi tenir compte qu'il s'agit d'une malade glycosurique. En fait, ce sont les caractères cliniques des ulcérations et l'action rapide efficace du traitement anti-syphilitique qui autorisent le diagnostic de spécificité. Il est démontré que la négativité des réactions peut s'observer au cours d'accidents syphilitiques et il ne faut pas se baser sur cette constatation pour écarter un diagnostic. J'ai pu observer des cas d'endartérite oblitérante spécifique et même des cas de paralysie générale avec des réactions sanguines négatives. La conclusion est que les caractères cliniques sont toujours plus importants que les données de laboratoire concernant les réactions humérales négatives.

M. J. DUBLINEAU. — Ces observations viennent à l'appui des constatations que j'ai apportées en leur temps à la Société, relatives aux syphilis cérébrales frustes. Il y a là un vaste secteur de l'activité neuro-syphilitique, dont on soupçonne l'importance par des méthodes indirectes (inoculations, étude des phénomènes d'agglutination et de lyse), et qui dépassent de beaucoup la sensibilité des réactions humérales classiques. Ces dernières sont soumises à des contrôles justement sévères en matière de spécificité, mais elles laissent échapper, en vertu de cette sévérité même, toute une série de cas-limites de riche valeur doctrinale et que l'on est en droit de reprendre dans d'autres perspectives.

La séance est levée à midi.

Le secrétaire des séances,

P.-A. CHATAGNON.

Séance du lundi 24 mars 1952

Présidence : M. Georges COLLET, président

Décès de M. le Docteur TINEL, membre titulaire

M. G. COLLET, président. — Mes chers Collègues, nous avons perdu un de nos collègues, un des plus éminents par ses talents et par son activité scientifique, un des plus estimables pour son caractère : le D^r Jules TINEL. Il a succombé le 4 mars 1952. Il avait maintenu courageusement, malgré les atteintes successives de la maladie, une part importante de ses occupations professionnelles et de son labeur de savant. Il avait conservé, après sa retraite, une consultation de neurologie à l'hôpital Boucicaut, et il poursuivait des recherches, au laboratoire qu'il avait installé dans cet hôpital, et dont la direction est confiée à son élève, le D^r Parrot.

Jules Tinel est né à Rouen, le 13 octobre 1879. Son père, Charles Tinel, était chirurgien des hôpitaux de cette ville et professeur d'anatomie à l'école de médecine. Son grand-père maternel, Jules Hélot, avait été également chirurgien de ces hôpitaux et professeur dans cette école. Sa famille comptait aussi d'autres médecins.

Ses premiers enthousiasmes lui furent, sans doute, inspirés par la ferveur de ses croyances religieuses. Rouen, ville aux belles églises, possède un établissement d'éducation catholique réputé, Join-Lambert. Jules Tinel y fut un élève brillant et devint membre actif d'un groupe de jeunes : « les Cadets normands de Lourdes », et d'une association : « l'Institut populaire des Philippins de Rouen », dont l'esprit était en harmonie avec celui du « Sillon » de Marc Sangnier. Deux brochures éditées, l'une en 1902, *L'Histoire sainte et la préparation de Jésus-Christ*, l'autre en 1908 : *Confession et psychothérapie*, nous conservent un témoignage de son zèle religieux.

Jules Tinel commença ses études de médecine à Rouen. Il vint concourir à Paris en 1901 et fut externe dans les services de Moizard, à l'hôpital des Enfants-Malades, de Legueu, de Landouzy, de Déjerine. Interne provisoire en 1905, il fut attaché aux services de M. Lesné et de Campenon. Interne en 1906, il fut élève de Siredey, puis de Troisier. Il revint à la Salpêtrière, auprès de Déjerine, en 1908, et l'année suivante, fut auprès de Landouzy, puis de Netter, à Trousseau. En 1910, il soutint sa thèse de doctorat, préparée et mûrie sous la direction de Déjerine, dans cette clinique où se sont formés, auprès du maître, et de ses assistants les plus proches, Mme Déjerine et M. André-Tho-

mas, tant de neurologistes de grande valeur. Cette thèse, intitulée *Radiculites et tabès*, œuvre d'un clinicien sagace et d'un technicien merveilleusement habile de l'histologie pathologique, assura la réputation de l'auteur.

Après un an passé à Laënnec comme chef de clinique adjoint, Jules Tinel devint, en 1911, chef de clinique de Déjerine, puis son chef de laboratoire. La guerre de 1914 envoya ce neurologue aux armées ; mais on l'en rappela judicieusement pour le réintégrer dans sa spécialité. Affecté en 1915 au Mans, il y organisa le centre de neuro-psychiatrie de la 4^e Région. Il revint à Paris en avril 1919, pour reprendre sa préparation au concours du Bureau central. Le 20 mai 1922, il fut nommé médecin des hôpitaux de Paris. L'Hospice La Rochefoucauld le retint plusieurs années, avec le petit laboratoire qu'il y avait organisé. Il eut, en janvier 1936, un service tout neuf à Beaujon-Clichy, et le laboratoire prit une ampleur satisfaisante, avec des travailleurs comme MM. Ungar, Grossiord, Parrot.

Peu après son retour du Mans, Tinel devint chef de laboratoire à la clinique des maladies mentales ; plus tard, il fut chargé d'une consultation de neurologie à l'hôpital Henri-Rousselle ; enfin, il fut élu secrétaire général de la Société de psychiatrie. Il l'était encore pour participer, en 1930, à la fusion des trois sociétés. Son activité de neurologue et de physio-pathologiste se doubla d'une activité de psychiatre, féconde autant qu'avisée. C'est ainsi qu'il collabora avec le professeur Claude et avec plusieurs de nos collègues, MM. Laignel-Lavastine, Santenoi, Baruk, Marchand, Abély,

Les Allemands chassèrent Tinel de Beaujon, en 1940. Il obtint un peu plus tard un service de médecine générale à Boucicaut, et put y reconstituer son laboratoire. Il y fut assidu jusqu'aux dernières semaines de son existence.

Il n'est pas possible de citer les très nombreux travaux de Tinel, publiés dans les périodiques, communiqués à la Société médicale des hôpitaux, à la Société de neurologie, à la Société de psychiatrie, à la Société clinique de médecine mentale, à la Société médico-psychologique, à la Société de biologie. Ses observations cliniques, ses études histologiques, ses recherches expérimentales, ses interventions dans les discussions, ses essais thérapeutiques, intéressent les divers domaines de la neurologie, de la psychiatrie, de la pathologie générale. Je dois me contenter de vous rappeler ses œuvres maîtresses : son étude sur *Les blessures des nerfs* (1916), qui rendit tant de services aux médecins et chirurgiens des centres de neurologie en France et en Grande-Bretagne, car l'ouvrage fut traduit en anglais en 1917 ; ses articles du *Traité de médecine* de Roger, Vidal et Teissier, consacrés aux *Maladies des nerfs* (1927) ; son petit *Précis clinique d'endocrinologie* (1931), enfin, cette œuvre capitale : *Le système nerveux végétatif* (1937), admirable témoignage de l'ardeur au travail de notre regretté collègue, de sa passion pour la recherche scientifique, de ses qualités d'enseignant, clair, précis, méthodique. Je note avec complai-

sance, à la dernière page de ce gros volume, si magnifiquement illustré, un court article sur la psychothérapie, où le fidèle disciple de Déjerine en affirme toute l'importance.

S'il avait été accordé à notre cher collègue de prolonger sa carrière médicale de quelques années, il nous eût certainement laissé un exposé personnel de son expérience psychiatrique. Il avait entrepris de le rédiger, alors qu'il était incarcéré à Bordeaux, dans une cellule du fort du Hâ. C'est que Tinel fut un des plus courageux, un des plus ardents, parmi les médecins résistants. Et, comme il était, à son habitude, modeste, discret et parfaitement désintéressé, beaucoup de nos collègues ignorent peut-être ce que fut son activité clandestine, et le prix que lui-même et les siens l'ont payée. En 1942, ayant eu l'occasion d'un long entretien avec Tinel, j'appris que sa fille avait été arrêtée et qu'elle était détenue à la Santé. J'ai su, par la suite, que son troisième fils, Jacques, chargé en 1943 d'accompagner jusqu'à la frontière d'Espagne un groupe d'aviateurs et parachutistes, avait été arrêté. Le père, inquiet de l'absence prolongée du jeune homme, se rendit à Bayonne pour s'informer. Arrêté à son tour, il fut gardé en prison durant trois mois. Le jeune homme, transporté de Compiègne à Buchenwald, puis dans le camp de Dora, y est mort à la fin de l'année 1943. Sa fin ne fut connue de ses proches qu'en 1945. Le second fils de Tinel, notre confrère Georges Tinel, interne de quatrième année, connut aussi les geôles de Troyes. Mme Tinel a séjourné pendant neuf mois entre les murs de Fresnes. J'ai exprimé à la famille de notre ami, au nom de la Société, les regrets que nous éprouvons de la disparition du Dr Tinel. Mes sentiments d'admiration pour sa conduite et celle des siens en présence de l'ennemi se sont tout naturellement associés à la profonde sympathie que je témoignais à ses proches.

Jules Tinel a contracté deux fois mariage. Il avait épousé en 1909, étant interne, une de ses collègues, Mlle Marianne Giry, fille d'Arthur Giry, professeur à l'Ecole des Chartes, membre de l'Institut, décédé prématurément en 1899, qui fut l'éducateur de nombreux historiens. Elle succomba, en lui laissant un fils, après quelques années d'union, en 1914. Mlle Giry était protestante, petite-fille d'un pasteur, par sa mère. Je vois dans ce choix, au delà de la vivacité d'un grand sentiment, l'affirmation d'un esprit souverainement libre, d'une intelligence parfaitement tolérante, et la preuve d'un caractère décidé.

Les qualités morales de Tinel, l'élévation de ses sentiments, sa volonté d'indépendance, son horreur de l'intrigue, son patriotisme, son courage civique, ont toujours été évidents pour tous ceux qui l'ont connu, dans l'intimité de leurs relations professionnelles, scientifiques ou sociales.

Corneille, poète du sentiment de l'honneur, et traducteur de *l'Imitation de Jésus-Christ*, reconnaîtrait, dans cet enfant de Rouen, dont les restes résident désormais dans le sol de la colline de Bon-Secours, un héritier authentique de son esprit et de son enseignement.

COMMUNICATIONS

I. COMMUNICATIONS SUR LA PSYCHO-CHIRURGIE

Résultats de l'expérience psycho-chirurgicale d'un service psychiatrique, par MM. P. SIVADON, S. FOLLIN, A. CORRE et R. BERTIER.

Nous apportons ici la contribution du travail de notre service de Ville-Evrard en ce qui concerne la psycho-chirurgie. Nous n'avons pas l'intention d'en dresser une critique exhaustive. Nous présentons simplement notre expérience avec quelques modestes commentaires.

Notre étude porte sur 25 malades hommes, de catégories nosologiques diverses, pour lesquels l'indication opératoire n'a été posée, dans le service ou en dehors de lui, qu'en dernier ressort, à la suite d'échecs thérapeutiques, biologiques et psychiques (électro-choc, cure de Sakel, psychothérapies variées et répétées, etc...), et dont l'évolution a été suivie par nous pendant un délai qui va de 3 ans à 5 mois pour la plus récente.

LES INTERVENTIONS PRATIQUÉES

18 lobotomies bilatérales d'emblée, 7 topectomies bilatérales, 2 réinterventions (une topectomie bilatérale succède à une topectomie et une lobotomie succède à une topectomie).

LES TYPES DE MALADES OPÉRÉS

Syndrome schizophrénique	13
Psychasthénie, syndrome obsessionnel	5
Etat dépressif hypocondriaque	4
Délire chronique de persécution	1
Déséquilibre psychique ancien avec phases dépressives	1

LES RÉSULTATS

1^{re} catégorie : sortie de l'hôpital psychiatrique, bonne réinsertion dans le cadre familial et social, exercice d'une profession sans tenir compte d'une baisse éventuelle du niveau ou du rendement professionnel : 5 malades (20 %).

2^e catégorie : malades ne pouvant se suffire à eux-mêmes, mais ayant une activité réduite en colonie familiale, dans leur famille, ou dans le cadre d'un service libre : 6 malades (24 %).

3^e catégorie : aucun changement dans le tableau clinique ou le comportement, malades toujours internés : 7 malades (28 %).

4^e catégorie : aggravation du tableau clinique, détérioration mentale progressive, voire agressivité accrue dans le service : 5 malades (20 %).

5^e catégorie : décès (2 au cours ou dans les suites immédiates de l'intervention) : 2 malades (8 %).

Si l'on envisage maintenant les résultats suivant le type de malades, on trouve :

Etats schizophréniques

1 ^{re} catégorie	.....	2 malades	(15 %)
2 ^e	—	.....	3 — (23 %)
3 ^e	—	.....	4 — (31 %)
4 ^e	—	.....	4 — (31 %)

Psychasthéniques obsédés ou anxieux

1 ^{re} catégorie	.....	1 malade	(17 %)
2 ^e	—	.....	3 — (49 %)
3 ^e	—	.....	1 — (17 %)
4 ^e	—	.....	1 — (17 %)

Dépression, hypocondrie

1 ^{re} catégorie		2 malades	} C'est dans cette catégorie que se trouvent les deux décès.
2 ^e	—	.....	
3 ^e	—	.....	
4 ^e	—	.....	

Délire chronique

3^e catégorie

Déséquilibre + dépression

3^e catégorie

Nous n'avons pu à travers ces résultats établir les mérites ou les désavantages d'une technique par rapport à l'autre (lobotomie ou topéctomie). Indiquons qu'un de nos malades schizophrène a été présenté à la Société de neurologie comme un bon résultat (1). En fait, celui-ci n'a été que transitoire. Actuellement, le malade se comporte dans le service comme un hétérocatatonique de type classique : inactif et indifférent. Les reprises de cure de Sakel avec cardiazol ont, malgré une amélioration passagère, été un échec.

(1) Société de neurologie, 1^{er} octobre 1949.

Dans le détail de ce tableau, notons que chez un déséquilibré ancien avec phases dépressives et troubles caractériels mineurs, la lobotomie au cours d'un accès mélancolique a modifié le tableau clinique, faisant apparaître rapidement des troubles importants du caractère et du comportement : perversité à l'égard de l'entourage, égocentrisme et troubles du jugement.

Dans un autre cas, grande névrose anxieuse accompagnée d'obsessions, on a vu en moins de 6 mois après la lobotomie se développer un syndrome schizophrénique délirant ; une cure de Sakel entreprise à ce moment ayant encore accentué l'aggravation.

Précisons que chez deux de nos malades chez qui furent institués ultérieurement des cures de Sakel, nous n'avons observé aucun résultat.

Contrairement à l'opinion classique sur la sédation des impulsions après les lobotomies, dans quatre cas, l'intervention fut sans effet et même aggravante sur ce symptôme.

Nous ne pouvons dire nettement si l'anxiété pathologique est atténuée par l'intervention. Toutefois, et dans un cas de dépression hypochondriaque avec grosse anxiété, l'amélioration a été spectaculaire, surtout en ce qui concerne cette anxiété.

On est d'ailleurs en droit de se demander si le nettoyage de l'anxiété, chez les schizophrènes, doit toujours être considéré comme favorable. Nous savons en effet qu'au cours de l'évolution de ces malades, traités ou non, il n'est pas rare que la disparition de ce symptôme soit au contraire le témoignage ou la confirmation de la chronicité, les autres manifestations cliniques restant inchangées (troubles du cours des idées, maniérisme, délire, etc...).

Action des autres thérapeutiques après lobotomie. — Nous avons déjà signalé les échecs de l'insuline dans deux cas. Par contre, nous avons pu voir chez deux schizophrènes, 3 ans après l'intervention, des modifications favorables du tableau clinique à la suite du traitement : des électro-chocs alternant avec des chocs amphétaminiques. Les résultats obtenus sont cependant plus fragiles que ceux obtenus chez un vieux catatonique non lobotomisé soumis à des traitements de ce genre et qui a fait l'objet d'une publication récente (1). Nous sommes amenés à constater que la reprise d'activités thérapeutiques permet d'obtenir des résultats intéressants chez de vieux malades ; résultats au moins équivalents à ceux de la lobotomie. L'apparence de la chronicité ne saurait donc, à elle seule, suffire à étayer l'indication opératoire.

On ne saurait certes nier que certains résultats intéressants ont pu être obtenus après lobotomie. Les risques opératoires nous semblent cependant importants pour des affections où le pronostic vital n'est pas en cause, alors qu'il paraît possible d'obtenir des résultats au

(1) Société médico-psychologique, 14 janvier 1952.

moins équivalents par la persévérance dans les thérapeutiques classiques.

Notre expérience, dans un service où depuis quatre ans une gamme importante de thérapeutiques biologiques, de psychothérapies et de physiothérapies variées, de méthodes actives diverses, peut être utilisée de façon systématique, nous montre que le nombre des malades pour lesquels peut se poser une indication psycho-chirurgicale est extrêmement réduit.

La tentation d'une intervention chirurgicale vient souvent de notre sentiment d'impuissance devant un syndrome rebelle à notre arsenal thérapeutique habituel. Que faire lorsque l'électro-choc et l'insuline ont échoué ? Cette tentation naît aussi parfois de notre impatience à voir se résoudre comme par miracle un trouble qui plonge ses racines dans une évolution personnelle longuement perturbée. Son excuse est trop souvent la pénurie des psychiatres, l'encombrement des services, l'indigence des techniques de réadaptation fonctionnelle, et, de ce fait, l'impossibilité regrettable d'une application large et persévérante de méthodes non mutilantes.

La psycho-chirurgie est à ses débuts. Ses indications se préciseront et ses techniques se perfectionneront. Son danger actuel ne nous paraît pas résider tant dans la mortalité opératoire, ou les séquelles lésionnelles, dont la gravité a été déjà démontrée, que dans la tentation qu'elle nous offre de nous détourner de l'effort de perfectionner et de développer des techniques médicales également à leur début mais aussi riches de promesses.

Indications et résultats de la lobotomie chez les schizophrènes, par M. G. BOITTELLE, M^{me} Cl. BOITTELLE, MM. L. SINGER et A. DANY.

Depuis que nous faisons pratiquer des lobotomies tant parmi les malades de la clinique psychiatrique de Strasbourg que parmi ceux de Lorquin, 43 interventions furent effectuées chez des malades hommes et femmes atteints de schizophrénie. Ceci s'est soldé par 23 échecs, trois améliorations asilaires et 17 résultats qui ont entraîné la sortie, et chez 15, la reprise d'une activité sociale valable. Récemment, nous avons appris qu'un de nos patients, considéré comme un bon résultat, avait rechuté après deux ans de vie normale à l'extérieur.

C'est en nous basant sur ces résultats que nous avons été amenés à établir notre statistique afin de tâcher d'en tirer quelques données précises concernant les indications de ces interventions.

La technique employée fut dans les vraies lobotomies celle de Poppen. Un certain nombre de nos patients subirent des topectomies, mais nous avons été amenés à abandonner cette méthode, en raison de quelques ostéites du volet et des résultats moins valables que ceux

apportés par la lobotomie. Nous ne faisons allusion ici qu'aux observations pour lesquelles nous avons plus d'un an de recul. Un travail ultérieur rapportera les observations détaillées dont certaines ont été publiées dans la thèse de l'un de nous.

Tout d'abord, il est un fait qui nous a frappés, c'est que sauf chez un malade qui est sorti en essai, nos échecs se sont tous produits chez des schizophrènes qui évoluaient depuis de nombreuses années, avec séjour à l'hôpital ininterrompu, ou hospitalisés à plusieurs reprises, les sorties n'ayant été que de plus ou moins brèves rémissions. Par contre, les bons résultats, et parmi eux il en est de véritablement excellents, ont été obtenus chez des patients qui ne présentaient des troubles que depuis guère plus de deux ans, mais qui étaient sur le chemin de la chronicité.

Pour décider les interventions, nous nous sommes basés sur trois critères qui nous paraissent à la fois évidents et importants : nous éliminons pour les lobotomies les malades qui présentent une hérédité familiale schizophrénique marquée. Nous avons eu un échec chez un patient dont la sœur est internée pour état dissociatif et dont la mère a longtemps été soignée pour la même affection, dans ces cas d'ailleurs vraisemblablement abiotrophiques, les diverses thérapeutiques de choc ne donnent généralement que des résultats de courte durée et partiels, et il nous semble que ce serait un leurre d'escompter un succès par une blessure supplémentaire sur un cerveau généralement taré. Nous rejetons aussi les tuberculeux en évolution, plus d'ailleurs par peur de réactions post-opératoires que d'un point de vue psychiatrique, enfin et surtout, nous n'envisageons l'intervention qu'après avoir pratiqué tous les traitements possibles, et au premier chef, la cure de Sakel. Généralement, nous essayons deux cures, mais nous pensons qu'il n'y a pas d'intérêt à temporiser de trop, et que peut-être même l'attente est préjudiciable, comme M. Guiraud le disait dans une récente discussion. Mieux vaut intervenir rapidement, avant le passage à la chronicité. Au delà de quatre ou cinq ans d'évolution, le pronostic nous paraît très mauvais, nos meilleurs résultats se situent vers la deuxième année de l'évolution. Parfois, nous avons été amenés à intervenir beaucoup plus tôt, lorsque le processus dissociatif évoluait rapidement « en feu de paille ».

Les résultats sont extrêmement intéressants et même au premier abord paradoxaux. En effet, il nous apparaît que la lobotomie agit rarement dans les schizophrénies délirantes où l'élément hallucinatoire intervient. Nous avons eu quatre cas où les résultats ont entraîné une reprise du travail au dehors, soit un délire hypocondriaque, soit mystique, soit de persécution, ce dernier actuellement dénué de tout élément actif, mais dans ces cas, les éléments délirants n'étaient pas au premier plan. De toutes nos sorties, c'est d'ailleurs celles pour la durée desquelles nous faisons le plus de réserve. Chez de nombreux malades schizophrènes délirants et hallucinés, le délire et les hallucinations réapparaissent, accompagnés de réactions d'agitation et

d'impulsivité, au bout de deux mois environ après l'intervention. Une schizophasie nette qui fut d'ailleurs présentée antérieurement à vu son langage se renormaliser. Il est incontestable que nos meilleurs résultats ont été ceux obtenus chez les hébéphrènes, ces malades ainsi traités restaient après de multiples cures d'insuline, d'huile soufrée associée aux chocs, etc..., couchés dans leur lit, perdus, se nourrissant peu ou mal, parfois refusant l'alimentation, ne travaillant pas, s'endormant dans les coins, exactement prêts à sombrer dans la masse anonyme des chroniques d'asile, en un mot athymormiques. Ces résultats chez de tels patients nous ont plus que surpris : nous pensions en effet que nous risquions par l'intervention d'augmenter l'inertie déjà existante, or, le résultat immédiat fut exactement l'inverse. Nos malades endormis et inactifs nous revinrent joviaux et bavards, peu enclins à s'activer, il est vrai, mais le cercle désolant de l'indifférence était rompu chez eux, si bien que l'ergothérapie pratiquée dans nos ateliers dès leur retour, et associée à la cure de Sakel dite de consolidation à laquelle nous restons fidèles, donna des résultats étonnants : gais, actifs, au début quelque peu stéréotypés, mais faisant preuve très vite d'initiatives, surtout dès qu'ils sont placés à l'open door, où nous les mettons le plus rapidement possible. Ils se présentent en gros comme des garçons très pondérés, parfois un peu hésitants il est vrai. Mais nous devons constater que malgré les efforts faits pour changer l'atmosphère de l'établissement, le milieu hospitalier psychiatrique ne permet pas de juger exactement du degré de récupération psychique, et ce n'est qu'après leur sortie que nous avons appris par les familles les initiatives heureuses et le bon rendement du point de vue travail de nos ex-athymormiques. Bien loin d'être relégués dans des travaux de manœuvre, ils ont persisté dans leur métier antérieur, et quelquefois sont montés en grade, après avoir passé certains examens professionnels.

Le seul point noir à ce tableau, somme toute satisfaisant, réside dans le fait que nos malades sont maintenant des traumatisés du crâne, avec tous les interdits que cela entraîne, en particulier du côté alcoolisme. Il est donc indispensable que les malades à leur sortie soient remis dans un milieu familial suffisamment différencié pour qu'une surveillance à ce point de vue s'avère efficace.

Nous avons signalé l'existence possible de comitialité post-opératoire. Nous n'avons qu'un seul malade sorti qui soit astreint à prendre régulièrement des barbituriques. Enfin, parmi nos échecs, tous les malades sans exception ont rechuté dans l'état antérieur à l'intervention. Il semble que le processus ait continué d'évoluer après la très temporaire amélioration. Il n'y a jamais eu d'aggravation. Si bien que dans les cas de schizophrénie, il nous semble que l'opération entraîne, ou un bon résultat avec sortie, ou un échec complet avec peu de résultats intermédiaires, les petites améliorations n'étant souvent que temporaires.

**Résultats de la lobotomie chez les délirants chroniques, par
M. G. BOITTELLE, M^{me} Cl. BOITTELLE, MM. L. SINGER et
A. DANY.**

Parmi nos malades opérés de lobotomie ou de topectomie, seize ont été des délirants chroniques. Nous nous proposons de rapporter ici les résultats des interventions et les réflexions qu'ils nous ont suscitées.

Parmi les seize malades, huit étaient des schizophrènes délirants où le délire était au premier plan de la maladie, six se trouvaient atteints de psychose hallucinatoire chronique et deux d'un délire hypocondriaque. Un de ces derniers est décédé quelques jours après l'intervention d'une hémorragie intra-cérébrale.

La durée d'évolution de ces délires variait entre dix à un an, la moyenne étant cependant de 5 ans ou plus. Nous avons pratiqué onze lobotomies préfrontales et bilatérales suivant la méthode de Poppen et cinq topectomies préfrontales bilatérales avec ablation des aires 9 et 10. La dernière topectomie remonte à mai 1950 car nous avons abandonné cette méthode au profit de la lobotomie avec la technique de Poppen. Les reculs post-opératoires sont en février 1952, de un an à deux ans et plus, un cas seul remontant à six mois, nous permettant par conséquent déjà de nous faire une idée plus précise des résultats.

Sur les 16 malades opérés, un est décédé, 13 ont rechuté, 2 ont pu reprendre une vie sociale normale. Chez l'une d'elles, le délire s'était maintenu, semble-t-il, mais sans aucune manifestation extérieure ni réaction ; chez l'autre, il a complètement disparu. Les deux derniers étaient des schizophrènes délirants dont le début remontait dans le cas du délire silencieux à 1949 et chez le second à 1950. Parmi les échecs figurent 6 schizophrènes délirants, les 6 psychoses hallucinatoires chroniques, et le délire hypocondriaque. Dans tous les cas d'échec, l'intervention n'a ni influencé, ni modifié le délire qui réapparaît, soit aussitôt, soit après une rémission de 1 à 6 mois, dans un cas de 12 mois. Pendant ces rémissions, ces malades se comportaient comme s'ils étaient débarrassés complètement de leurs idées délirantes et de leurs hallucinations, ou bien leur délire ne retentissait plus sur l'état affectif au point qu'il ne troublait plus ni la personnalité, ni le comportement du malade. Mais soulignons que les processus délirants ont toujours repris insidieusement la même intensité qu'avant la lobotomie. Toutefois, fait capital, ils ne se sont jamais aggravés. Chez trois malades, le comportement, malgré la persistance du délire, s'est légèrement amélioré et a permis une vie asilaire plus calme.

Voici ces observations très brièvement résumées :

1) M... Marguerite, 31 ans, schizophrénie délirante à thème persécutif, hallucinatoire et interprétatif. Début clinique, 1945. Topectomie en mars 1950. Recul, 24 mois. Echec. Délire inchangé et autisme plus marqué.

2) M... Louise, 38 ans, schizophrénie délirante, hallucinatoire à thème de persécution et d'érotisme, début en 1944. Lobotomie en novembre 1950. Recul, 16 mois. Echec. Délire inchangé après trois mois de rémission. Aucune modification du comportement.

3) J... Edwige, 28 ans, schizophrénie délirante hallucinatoire de persécution. Début indéterminé. Lobotomie en mars 1951. Recul, 12 mois. Echec. Délire inchangé, toutefois la malade travaille dans les ateliers, ce qu'elle refusait systématiquement auparavant.

4) F... Lucien, 24 ans, schizophrénie délirante, persécutive, hallucinatoire. Début, 1946. Lobotomie en janvier 1950. Recul, 26 mois. Echec. Délire inchangé après deux mois de rémission. Comportement inchangé.

5) H... Marthe, 28 ans, schizophrénie délirante, délire confabulant à thème érotique, avec hallucinations. Début en 1949. Lobotomie en octobre 1950. Recul, 17 mois. Résultat bon. Le délire s'est assoupi, n'est plus exprimé spontanément et la malade a pu reprendre une vie sociale normale.

6) K... Daniel, 38 ans, schizophrénie délirante mystique, hallucinatoire et confabulant. Début, 1950. Lobotomie en février 1951. Recul, 12 mois. Résultat bon. Disparition complète du délire et reprise de la vie sociale.

7) F... Marguerite, 26 ans, schizophrénie délirante persécutive, hallucinatoire et interprétative. Début, 1940. Topectomie en mars 1950. Recul, 24 mois. Echec. Délire et comportement inchangés.

8) R... Georges, 32 ans, schizophrénie délirante à thème de persécution et de jalousie avec hallucinations et interprétations. Début, 1946. Topectomie en mars 1950. Recul, 24 mois. Echec. Délire et comportement inchangés.

9) P... Adrienne, 46 ans, psychose hallucinatoire chronique de persécution et hypocondriaque. Début, 1940. Topectomie en mars 1950. Recul, 24 mois. Echec. Délire inchangé après 12 mois de rémission apparente. Amélioration peu sensible de la vie asilaire.

10) K... Georges, 37 ans, psychose hallucinatoire chronique de grandeur et de persécution. Début, 1940. Lobotomie en décembre 1950. Recul, 14 mois. Echec. Délire et comportement inchangés après une rémission de deux mois.

11) A... Georges, 39 ans, psychose hallucinatoire chronique de persécution. Début, 1942. Lobotomie en mars 1951. Recul, 12 mois. Echec. Délire et comportement inchangés après une rémission de un mois.

12) B... Louis, 39 ans, psychose hallucinatoire chronique de persécution. Début, 1942. Lobotomie en février 1951. Recul, 13 mois. Echec. Délire inchangé, après une rémission de six mois, mais modification de l'attitude du malade, devenu moins méfiant.

13) J... Eugène, 50 ans, psychose hallucinatoire chronique de persécution. Début, 1940. Lobotomie en octobre 1950. Recul, 17 mois. Echec. Délire et comportement inchangés après une rémission de six mois.

14) L... Arthur, 42 ans, psychose hallucinatoire chronique de persécution. Début, 1948. Topectomie en mai 1950. Recul, 22 mois. Echec. Délire et comportement inchangés après six mois de rémission.

15) C... Hubert, 52 ans, délire hypocondriaque. Début, 1951. Lobotomie en septembre 1951. Recul, 6 mois. Echec. Délire et comportement inchangés après cinq mois de rémission.

16) R... Georges, 53 ans, délire hypocondriaque. Début, 1947. Lobotomie en mars 1951. Décès après l'opération par hémorragie intra-cérébrale.

Ces résultats appellent quelques commentaires.

1) Le délire est, il faut le souligner une fois de plus, le syndrome le plus rebelle à la psychochirurgie : s'il disparaît à la suite de l'intervention, il subsiste le plus souvent sans changement aucun et ne cède en général que temporairement pour réapparaître avec son même thème et ses mêmes caractères. Nous sommes en cela d'accord avec la plupart des auteurs.

2) Après les interventions psycho-chirurgicales que nous avons faites sur des sujets non-délirants (épileptiques, obsédés, algiques), nous n'avons jamais observé de délire. Nous pouvons donc affirmer que les déconnexions des lobes frontaux semblent n'avoir aucun rapport avec la pensée délirante qui semble due à des désagréments très profondes du psychisme, inaccessibles jusqu'ici à nos moyens d'investigation.

Chez nos délirants chroniques, nous n'avons pas observé cette baisse du tonus émotionnel si souvent décrite après la lobotomie. Ces malades semblent alimenter leur anxiété par les impressions pénibles et renouvelées de leurs hallucinations, tout comme avant l'intervention.

4) Certes, il faut reconnaître que les sections pratiquées ne sont pas toujours superposables entre elles et que telle lobotomie que l'on croyait être complète s'avère à l'autopsie ne toucher que les quadrants supérieurs et être plus antérieure que ne l'indiquaient les repères choisis. Mais cet argument nous semble peu probant, étant donné le grand pourcentage d'échecs qui peuvent être mis au compte de l'ancienneté de la maladie et de la règle qui se maintient toujours de n'intervenir chez les psychotiques qu'après un long temps d'évolution de la maladie et lorsque celle-ci s'avère incurable, après d'autres thérapeutiques.

5) Il semble donc bien que la psycho-chirurgie ne doit plus être pratiquée sur des délirants chroniques. Cette méthode thérapeutique encore relativement récente ne doit plus être une ressource de désespoir ; elle réclame des indications précises pour en obtenir un rendement maximum.

Résultats éloignés de la lobotomie (Note préliminaire),
par MM. M. RISER, J. LABOUCARIÉ et P. BARRÈS.

En France, tout au moins, la plupart des résultats publiés sur l'action de la lobotomie correspondent à des résultats immédiats ou récents. Nous présentons ici, dans le tableau ci-après, un bilan thérapeutique établi en fonction du syndrome traité et du temps écoulé depuis l'intervention, et basé sur l'observation d'un premier groupe de 45 malades opérés au cours des trois dernières années et suivis avec un minimum de recul d'un an.

Cette note préliminaire n'est qu'un résumé sommaire de nos résultats dont l'analyse fera l'objet de présentations ultérieures.

A l'exception des quatre premiers cas qui ont subi une topectomie préfrontale et dont les résultats immédiats ont été publiés ici même (1), tous nos malades ont subi une lobotomie qui, en règle générale, a été la lobotomie préfrontale moyenne. Dans 3 cas, il a été pratiqué une lobotomie sous-corticale. L'analyse des 18 premiers cas a été présentée au Congrès de Paris en septembre 1950.

Nous nous inspirons, dans l'appréciation de nos résultats thérapeutiques, des classiques règles de Potzl de Vienne, établies pour l'étude des effets de la cure de Sakel, en utilisant les critères suivants.

a) *Guérison* (désignée dans notre tableau par +++). — Les cas où l'on trouve réunis les quatre critères ci-après.

1° Disparition complète des symptômes morbides d'ordre déficitaire ou réactionnel ;

2° Critique parfaite des troubles vécus ou amnésie thématique durable ;

3° Rétablissement d'une affectivité normale ;

4° Reprise d'un comportement familial et social, d'une activité professionnelle du même niveau qu'avant la maladie.

b) *Amélioration importante* (désignée par ++). — Les cas où la réduction des phénomènes morbides étant observée, manque un des critères ci-dessus, en particulier l'auto-critique, mais s'accompagne d'une transformation du comportement permettant la resocialisation.

c) *Amélioration simple* (désignée par +). — Les cas comportant la disparition des symptômes graves, activité délirante, opposition, anxiété, réactions agressives, et une transformation suffisante du comportement permettant au moins une meilleure adaptation du malade au milieu de cure, mais non la resocialisation.

d) Les cas d'*insuccès* sont désignés par 0.

Nous groupons nos résultats dans les tableaux suivants :

(1) Société médico-psychologique, 19 décembre 1949.

	Age	Ancien- neté	RÉSULTATS APRÈS :						
			1 mois	3 mois	6 mois	12 mois	18 mois	2 ans	3 ans
SCHIZOPHRÉNIES									
F. Paranoïdes									
Lucienne.....	21 ans	3 ans	+	+	++	++	++	++	+
René.....	23 —	2 —	+	0	+	++	++	++	
Aurélié.....	31 —	8 —	0	0	+	+	0	++	
Jeannette.....	24 —	4 —	0	0	+	++	++	++	++
F. Hébéphréniques									
Laure.....	27 ans	4 ans	0	0	0	0	0	0	0
Léon.....	33 —	12 —	0	0	0	0	0	0	0
Jeanne.....	28 —	6 —	0	0	0	0	0	0	0
DÉLIRES CHRONIQUES									
Psych. Hallucin.									
Marie-Louise..	55 ans	10 ans	0	+	++	++	++	++	++
Eugène.....	48 —	3 —	+	+	++	++	++	++	
Henri.....	47 —	3 —	+	+	++	++	++	++	
Marie.....	48 —	13 —	+	0	0	0	0	++	
Jean.....	37 —	1 —	+	++	++	++	++	++	
Maria.....	53 —	6 —	0	+	++	++	++	++	
Délires Interprét.									
Sylvain.....	42 ans	5 ans	+	++	++	0	0	0	
Geneviève.....	43 —	2 —	+	++	++	++	++		
Eugène.....	42 —	6 —	+	++	++	++	++		
Marguerite.....	58 —	2 —	+	++	++	++	++		
Marcelle.....	50 —	13 —	0	0	+	+			
Maurice.....	31 —	4 —	0	0	0	0	0	0	
Délires Hypocondr.									
Suzanne.....	33 ans	4 ans	0	++	++	+	+	+	+
Gabrielle.....	48 —	11 —	0	++	++	++	++	++	++
Juliette.....	38 —	8 —	+	++	0	0	0	0	
Raymonde.....	32 —	10 —	0	+	++	++	++	++	
Françoise.....	46 —	3 —	+	++	++	++	++	++	
Adrienne.....	58 —	9 —	++	++	0	++	++	++	
ÉTATS MÉLANCOLIQUES									
Jean.....	67 ans	3 ans	0	décès					
Julien.....	72 —	2 —	++	++	++	++	++	++	
René.....	46 —	6 —	++	++	++	0	++	++	
Juan.....	37 —	3 —	+	++	++	++	++	++	
Geneviève.....	30 —	2 —	++	++	+	++	+	++	
MÉLANCOLIES PÉRIODIQUES									
Marcelle.....	43 ans	6 ans	0	0	décès				
France.....	32 —	12 —	+	++	++	++	++	++	
MANIE PÉRIODIQUE									
Louis.....	61 ans	10 ans	+	+	+	+	+	+	+
PSYCHASTHÉNIES ET NÉVROSES OBSESSIONNELLES									
Louis.....	37 ans	9 ans	+	++	++	++	++	++	++
Fernand.....	43 —	27 —	++	++	0	0	0	0	++
Michelle.....	24 —	4 —	+	0	+	++	++	++	
Gaston.....	50 —	28 —	+	++	0	0	0	0	
Emile.....	28 —	10 —	+	+	+	+	+	+	
Donatienne.....	31 —	2 —	0	0	0	0	0	0	
Elisabeth.....	47 —	5 —	+	++	++	++	++	++	
Baptiste.....	45 —		++	++	++	++	++	++	
CARACTÉRIELLE PARANOÏAQUE									
Suzanne.....	35 ans	2 ans	0	+	++	++	++	++	
PERVERSE CONSTITUTIONNELLE									
Mireille.....	30 ans		0	0	0	0	0	0	
AGITATION CHEZ UNE OLIGOPHRÈNE									
Colette.....	15 ans		0	0	0	0	0	0	0
IMPULSIF ÉPILEPTIQUE									
Jean.....	20 ans	10 ans	++	++	++	++	++	++	

A la sécheresse de ce tableau, nous n'ajouterons que de brefs commentaires pour mieux éclairer ces résultats.

Nous observons d'abord l'opposition frappante entre les formes de schizophrénies paranoïdes et les formes hébéphréniques à déficit dementiel accusé. Dans les premières, nous obtenons dans la majorité des cas des améliorations importantes, parfois différées ou devant être entretenues par des thérapeutiques complémentaires comme nous y reviendrons ; dans les secondes au contraire, la lobotomie ne détermine aucune modification appréciable ; peut-être s'agit-il ici de ces démences précoces vraies par « immaturation » dont parlait récemment M. Marchand et où toute thérapeutique est vouée à l'échec. Il faut retenir surtout que la psycho-chirurgie, pas plus que les autres thérapeutiques, ne peut avoir aucune action favorable dans les états déficitaires.

Dans le groupe des délires chroniques, nous constatons de meilleurs résultats, en nombre, en degré et en durée, dans les psychoses hallucinatoires que dans les délires interprétatifs paranoïaques ou dans les délires hypocondriaques. Dans les psychoses hallucinatoires, nous enregistrons dans tous les cas sauf un des résultats favorables équivalant en pratique à des guérisons : c'est ainsi que trois de nos malades sont resocialisés depuis deux ans, malades qui auparavant étaient internés, l'un d'eux depuis dix ans. Dans la plupart de ces cas, on observe la disparition des phénomènes psycho-sensoriels, avec le plus souvent amnésie thématique complète : certains de ces malades conservent le souvenir vague de l'expérience délirante vécue, mais en ayant oublié le contenu. D'autres, pendant longtemps, gardent le souvenir de leur croyance délirante passée, mais ne les actualisant plus, et parlent, comme l'un d'eux, d'« histoires du passé ».

Au contraire, dans les délires interprétatifs, les résultats sont moins constants, moins complets et surtout beaucoup plus instables : si nous constatons une amélioration très importante chez certains, en particulier dans un cas de délire de jalousie maintenu depuis un an, nous observons dans d'autres cas, soit la persistance intégrale de l'activité délirante, soit, fait plus significatif encore, la reprise du délire après une rémission de plusieurs mois. C'est le cas particulièrement typique d'un grand délirant paranoïaque que la lobotomie avait pendant un an apparemment guéri, permettant à ce malade, professeur de lycée, la reprise de ses cours pendant toute l'année scolaire et qui, au bout de ce temps, avait retrouvé le même délire avec l'anxiété la plus intense, les tendances les plus agressives nécessitant l'internement. Faudrait-il opposer les « psychoses processuelles » favorablement influencées par la lobotomie aux « psychoses par développement de la personnalité » où l'action de la lobotomie serait plus incertaine ?

De même dans les délires hypocondriaques, les résultats sont inconstants et souvent transitoires. Dans un cas publié ici-même (1),

(1) *Société médico-psychologique*, mars 1949.

les résultats immédiats ne se sont que partiellement maintenus : les mêmes tendances hypocondriaques se sont réaffirmées au bout de quelques mois, mais l'anxiété, l'opposition, les actes d'auto-mutilation ont disparu, permettant une demi-resocialisation depuis trois ans. Dans un autre cas de délire à thème de cancérophobie, après une rémission complète de six mois, l'échec a été total. Par contre, nous enregistrons quatre bons résultats durables dont l'un est particulièrement typique : une femme de 35 ans, internée depuis dix ans pour un délire à thème de transformation monstrueuse de son corps et dont la guérison se maintient depuis deux ans.

Dans les mélancolies chroniques, les résultats sont inconstants : un échec total dans une mélancolie involutive chez un anxieux constitutionnel, un demi-échec chez une jeune fille atteinte de dépression chronique rebelle aux chocs, et par ailleurs de très bons résultats dans les autres cas, mais chez l'un d'eux entretenus par des chocs espacés.

Dans les psychoses périodiques, l'échec est presque complet : chez un homme de 60 ans, dont les accès maniaques évoluaient vers la manie chronique, la lobotomie n'a pas modifié le rythme des accès, mais l'intensité de ceux-ci est amortie. Depuis deux ans, les phases maniaques sont d'intensité atténuée et les phases mélancoliques sont dégradées correspondant à un état d'hypothymie pseudo-démontiel. Dans un autre cas, chez une femme cyclothymique, la lobotomie a été suivie, six mois après, de suicide.

Dans les névroses obsessionnelles, nous enregistrons dès les premiers mois les résultats les plus nets, mais qui par la suite se montrent divergents : dans trois cas, ces résultats comptent parmi les plus authentiques et les plus complètes guérisons ; dans trois autres cas, au bout de six mois, on assiste à la reconstruction intégrale du système obsessionnel avec la même anxiété et le même asservissement aux rites conjuratoires. Ici le problème des thérapeutiques complémentaires nous paraît primordial pour expliquer ces divergences de résultats éloignés.

Dans certaines psychasthénies non obsessionnelles, les résultats sont médiocres ou nuls.

Enfin, si nous avons un très bon résultat durable chez un grand épileptique délirant et impulsif, et une amélioration nette chez une caractérielle paranoïaque, nous n'avons aucune modification du comportement chez une perverse constitutionnelle et nous enregistrons un échec total, malgré une réintervention plus postérieure dans le cas de grande agitation chez une oligophrène.

Indiquons que dans les cas favorablement influencés par la lobotomie nous n'avons observé aucune modification psychologique notable et durable dans le sens d'une altération de la personne : en effet, le déficit idéo-affectif nous paraît avant tout lié à la phase opératoire et ne dépasse pas en règle habituelle quatre à six

semaines. Quand ce déficit persiste, il nous paraît fonction de l'état psychotique antérieur, mais la lobotomie l'accentue peut-être : c'est ainsi qu'un délire paranoïaque et un délire hypochondriaque, après un an, se sont transformés en un délire à structure paraphrénique. Il est remarquable que dans les cas ne comportant pas d'atteinte du fond mental, dans les cas obsessionnels, par exemple, la détérioration mentale post-opératoire est nulle.

Nous ne pouvons dans cette note nous étendre sur l'étude de la personnalité de nos malades guéris par la lobotomie : si pour beaucoup, la reprise de la vie familiale, sociale et professionnelle témoigne non seulement d'une parfaite adaptation à la situation vitale, mais paraît révéler aussi l'intégrité psychologique de ces sujets, on ne peut nier que l'appréciation exacte et nuancée de celle-ci est plus difficile à formuler. Peut-être, comme nous l'indiquons déjà dans la présentation de nos premières observations, faut-il reconnaître des modifications psychologiques qui échappent à l'examen clinique habituel, mais ne seraient pas insaisissables à une analyse phénoménologique un peu poussée, modifications correspondant à de nouveaux modes de réactions pouvant exprimer de nouvelles formes du vécu dans le sens général d'un amortissement des résonances affectives. Par exemple, un de nos malades âgé de 72 ans est frappé, deux ans après la lobotomie qui l'a guéri, d'une mélancolie anxieuse chronique, d'un ictus avec monoplégie et asomatognosie transitoires et, bien que très instruit de sa lésion, le patient accepte l'épreuve avec une sorte de sécurité confiante qui n'est sans doute pas en désaccord avec son caractère prémorbide, mais qui peut aussi bien révéler une insouciance assez particulière.

Mais ne peut-on pas reconnaître aussi que c'est au prix de l'amortissement des résonances affectives que se réalise précisément chez nos grands anxieux, la réadaptation à la vie normale. Et c'est ainsi que nous enregistrons dans le cas d'une névrose obsessionnelle grave et ancienne, la plus authentique libération de la personne et le retour de l'activité pragmatique la plus efficace maintenue depuis deux ans.

Soulignons enfin que dans les résultats que nous venons de présenter, certains offrent des particularités intéressantes à connaître : il s'agit des résultats différés, c'est-à-dire des améliorations ou des guérisons qui ne s'affirmeront que tardivement, plusieurs mois après l'intervention. Il s'agit aussi de ces résultats qui apparaissent instables, mais qui peuvent être transformés en résultats durables grâce à des thérapeutiques complémentaires, permettant ainsi ce que l'on pourrait appeler des *améliorations ou des guérisons entretenues*. En règle générale, la lobotomie *sensibilise les malades à l'action de l'électrochoc* et certains de nos opérés peuvent depuis deux ans et plus continuer à mener une vie normale avec reprise de l'activité professionnelle grâce à de courtes séries de deux à trois électro-chocs mensuels.

DISCUSSION

M. M. DAVID. — Il semble qu'il y ait une certaine contradiction entre les résultats qui viennent d'être rapportés. En fait, les chiffres des diverses communications ne sont pas assez importants pour qu'on puisse se faire une opinion. Ce sont des centaines de cas qu'il faudrait, avant de pouvoir tirer des conclusions valables.

En tout cas, je ne pense pas qu'on puisse soutenir que l'intervention psycho-chirurgicale doit être abandonnée, et qu'elle n'a pas fait ses preuves. Je suis seulement d'accord pour reconnaître que la topectomie donne des risques plus considérables que la lobotomie, en raison des possibilités de suppuration du volet.

Mais il y a autre chose que les interventions dont on nous a parlé. On commence à intervenir sur le lobe temporal. On continue à suivre les possibilités de la thalamectomie. La psycho-chirurgie a donc un nouvel avenir devant elle.

Les résultats, enfin, ne sont pas tous comparables entre eux. On ne peut comparer des cas frais et des cas de malades pour lesquels on demande une intervention après échec de tous les essais thérapeutiques.

L'intervention, en toute hypothèse, si elle n'améliore pas les cas, peut-elle les aggraver ? Je ne le crois pas. Il me paraît injuste de faire supporter par la lobotomie ce qui n'est souvent qu'une évolution naturelle de la maladie.

Dans l'ensemble, je crois que nous devons réagir contre un certain courant qui tend à dénaturer les faits. Je crois, au contraire, que la psycho-chirurgie doit être étendue. Il faut espérer qu'en poursuivant les tentatives, on améliorera un nombre croissant de malades. Bien entendu, il ne saurait faire de doute qu'elle ne doit pas empêcher le développement d'autres méthodes. Il faut se garder de la psycho-chirurgie, solution de facilité, comme il faut se garder de ne voir en elle qu'une solution de désespoir.

M. G. DAUMÉZON. — Je pense également qu'une statistique large, de caractère national, serait susceptible de rendre service à l'ensemble des psychiatres, sans que chacun ait à conclure à partir de statistiques forcément fragmentaires. La Société médico-psychologique ne pourrait-elle prendre l'initiative d'une pareille statistique ?

Par contre, je pense que les statistiques doivent être complétées d'études menées sur le plan de la monographie. Ces études seront seules capables de mettre en évidence certains à-côtés, qui ont aussi leur intérêt.

M. P. SIVADON. — Nous avons, en ce qui nous concerne, apporté une série de faits. Nous ne prétendons pas en tirer des conclusions générales. Cependant, nous soulignons la mortalité relativement importante : 2 cas sur 25. Nous devons dire aussi que des cas considérés comme des succès n'ont donné en fait que des améliorations très transitoires. Cela ne nous empêche pas de reconnaître tout le mérite de la psycho-chirurgie.

M. L. MARCHAND. — Je suis un peu surpris de constater que, dans la plupart des statistiques que l'on vient de nous présenter, on ne tient pas compte de l'âge des sujets et de son action possible sur les résultats des lobotomies. On peut admettre que le cerveau réagit différemment aux lésions causées par l'intervention, suivant qu'elle est pratiquée chez des adultes ou chez des sujets âgés de plus de 60 ans. Les lésions inflammatoires, la sclérose névroglique, les dégénérescences secondaires peuvent varier.

Une cause d'échec des lobotomies peut être due dans quelques cas aux lésions cérébrales, substratum des troubles mentaux, qui sont encore évolutives, progressives, au moment de l'intervention. Non seulement l'incision des lobes frontaux ne peut alors donner d'heureux résultats, mais elle peut même aggraver l'état mental en ajoutant une mutilation à des cerveaux déjà lésés.

Dans d'autres cas, après la lobotomie, une maladie cérébrale vient compliquer l'affection mentale ; il y a des exemples de sujets qui sont atteints très jeunes d'artério-sclérose cérébrale et les troubles circulatoires viennent contrarier l'action d'une lobotomie.

D'après les communications que nous venons d'entendre et la discussion qu'elles ont entraînée, il ressort que des résultats complètement différents ont été observés chez des sujets présentant les mêmes syndromes mentaux ; le pronostic de la lobotomie est donc imprévisible. C'est un peu comme une loterie, il y a de bons et de mauvais numéros ; il y a des sujets qui courent la chance de guérir sans que nous puissions déterminer le pourquoi de l'heureux résultat. Ce n'est pas seulement par les données statistiques, mais c'est surtout par la recherche des causes, des facteurs qui ont pu intervenir pour guérir, améliorer ou aggraver l'affection mentale, que l'on pourra, dans un avenir prochain, préciser le choix des *seuls* malades susceptibles de retirer un bénéfice de l'opération.

II. COMMUNICATIONS DIVERSES

Contribution à l'étude des états réactionnels, par M^{me} Agnès MASSON.

J'utilise l'expression « états réactionnels » sans entrer dans des discussions nosologiques. Les états réactionnels sont un fait, et le médecin, psychiatre ou non, a à en connaître, et parfois l'expert peut en être saisi.

Je reconnais par ailleurs que — ainsi qu'on l'a fait remarquer au congrès de psychiatrie de 1949 —, l'impossibilité de donner des observations détaillées où ils pourraient se reconnaître et où l'on pourrait les reconnaître, de sujets que l'on n'a pu considérer comme aliénés, rend plus difficile cette étude.

Mais c'est faire œuvre psychiatrique que d'étudier les limites de la psychiatrie proprement dite ; et l'étude de cas peu ou pas pathologiques, mais d'étiologie au moins voisine, peut éclairer certains mécanismes psychologiques des cas nettement pathologiques.

Cette communication a surtout pour but de poser certains problèmes et d'indiquer les buts possibles d'études ultérieures.

Je rappelle d'abord brièvement les notions généralement admises au sujet des réactions psychogènes ; elles ne sont pas toutes pathologiques, tout en pouvant être influencées par des insuffisances biologiques sous-jacentes même momentanées ; leur caractère évolutif permet la distinction entre réactions psychogènes et réactions à caractère nettement pathologique, les premières subissant fortement l'influence de l'évolution de l'expérience vécue et disparaissant plus ou moins complètement dans un très bref délai dès que les clauses intelligibles disparaissent ; elles constituent un test de résistance à l'agression à opposer à l'affirmation de Morel : « La dernière guerre a montré que des situations très exceptionnelles peuvent provoquer

des réactions anormales chez tout le monde », et l'expérience concentrationnaire qu'on peut résumer dans la phrase d'Eugène Kogon : « Les camps de concentration ont broyé les âmes de leurs victimes comme entre deux meules, et aucun homme n'est sorti du camp comme il y était entré » ; à rapprocher aussi la vieille notion catholique du bienfait des épreuves, qui modifient la personnalité. Les causes les plus fréquemment étudiées ou indiquées sont (Chatagnon, 1949) : les soucis familiaux ou sentimentaux, les conflits sociaux, les difficultés professionnelles, la menace de sanctions judiciaires, l'isolement. A propos de l'isolement carcéral Giscard (1949) a fait remarquer que les réactions carcérales se rencontrent généralement chez les délinquants primaires dont le passé, au point de vue de la conduite morale et sociale, avait été irréprochable ; il considère cette réaction psychogène comme un test de moralité. Aubin (1949) et Boitelle (1949) introduisent la notion de groupe en étudiant les réactions des indigènes vivant en contact avec les Européens ou même intégrés dans leur vie et des étrangers dépayés. Je cite aussi, dans cette rapide revue préalable, une fine analyse de Paul Abély, qui pourrait être utilement complétée en ajoutant à la notion du retour à un psychisme inférieur celle du retour à un psychisme antérieur : « une brusque désadaptation, une impression d'anxiété et de conflit par une chute brutale mais secondaire de la tension psychologique selon Janet ou de précision d'ajustement selon Bergson, ramenant le sujet à un psychisme inférieur. A une agression brusque ou répétée et prolongée, les facultés d'adaptation du sujet sont dépassées ou épuisées ».

Or, nous avons eu l'occasion d'étudier, soit directement, soit sur pièce ou sur une documentation précise un groupe d'états réactionnels dont l'intelligibilité, selon l'expression retenue par Chatagnon (et combattue par Hesnard, 1949 : « Non seulement le caractère choquant et traumatisant de l'événement en cause, mais son sens, sa signification, cachée pour le malade »), atteint le maximum, aussi bien pour l'observateur que pour le sujet : des états réactionnels appartenant à un type déjà étudié par Leconte, celui des états réactionnels en rapport avec les conflits sociaux. Si Leconte (1936 et 1949) avait surtout eu comme matériel d'étude le tout-venant des grèves de 1936 et s'il avait pu observer de ce fait un pourcentage important de débiles mentaux et d'alcooliques, dans l'ensemble des cas que nous avons pu étudier, il s'agissait de sujets généralement bien équilibrés, nantis de responsabilités permanentes dans leurs groupements, entraînés à la maîtrise d'eux-mêmes, ne répondant donc pas à une partie des indications classiques.

Une cause commune pouvait avoir sur eux des effets comparables : le surmenage émotif que l'inculpation et l'action judiciaire peuvent entraîner. Des interrogatoires longs et épuisants, parfois 8 ou 10 heures, renouvelés parfois pendant plusieurs jours de suite ; les questions plusieurs fois répétées pour essayer de déceler une contradiction

possible, la communication de nouvelles vraies ou inexactes concernant d'autres témoignages ; les moyens d'intimidation divers ; la nécessité de surveiller la rédaction du procès-verbal, même lorsque le sujet se sent épuisé et « à bout », constituent autant d'éléments de fatigue émotive et d'usure.

L'action judiciaire a parfois des conséquences graves, professionnelles, administratives, sociales, économiques, familiales. L'inculpé voit souvent autour de lui des lâchetés. Parfois, pour des raisons de tactique, de nécessité ou même simplement humaines, il est abandonné ou mal soutenu par le groupe auquel il appartient ; c'est alors que peut se produire le phénomène décrit par Paul Abély et rapporté ci-dessus : « une brusque désadaptation, une impression d'anxiété et de conflit par chute brutale mais secondaire de la tension psychologique », l'inculpé ayant brusquement le sentiment — si injuste soit-il — que son sacrifice a été vain, qu'il sera seul et se posant la question douloureuse : « A quoi ça sert ? ». Car l'intégration au groupe, et non seulement le dévouement à l'idéal qu'il représente, mais, plus ou moins consciemment, l'attachement affectif au groupe lui-même, supposent pour lui le soutien du groupe. Enfin, peut parfois jouer, pour certains, un conflit entre l'attachement à un groupe qui lui semble défaillant et l'ancien attachement à un groupe social d'origine qui peut en être loin, telle la reviviscence brusque de certains préjugés dont ils avaient cru s'affranchir, comme le sentiment bourgeois de l'honneur et du déshonneur, dans des circonstances déterminées.

L'instruction parfois s'éternise, ou paraît abandonnée et est ensuite reprise avec des alternatives diverses. Des semaines et des mois s'écoulent, l'incertitude d'avenir et souvent l'isolement dû aux raisons indiquées entraînent un état larvé d'anxiété ; pour peu que des raisons accessoires (conflits familiaux ou autres), viennent encore compliquer la situation, l'état réactionnel se développe. L'aspect peut en être assez sérieux ; mais la corrélation étroite avec la situation réelle subsiste. Que l'inculpé voie s'ajouter une inculpation supplémentaire qui le différencie des autres co-inculpés, risquant d'entraîner pour lui et pour lui seul une aggravation de peine, il a le sentiment d'une injustice ; tout en se réjouissant que cela soit épargné aux autres, il s'en afflige tout naturellement. Que le soutien du groupe se manifeste, par contre, après une période de latence, l'inculpé retrouve brusquement son courage, l'état réactionnel se dissipe : il a retrouvé une de ses raisons de vivre, l'intégration au groupe, et son geste retrouve pour lui son plein sens.

Parfois il m'est arrivé d'être en souci devant une symptomatologie secondaire qui paraissait devoir évoluer séparément (comme des craintes d'avenir injustifiées pour un être cher) ou devant l'apparition de crises de larmes répétées ; j'ai donné alors des somnifères, des calmants, des extraits endocriniens, des vitamines, etc., selon le cas,

mais je n'ai jamais envisagé d'autres mesures. Toujours, lorsque des circonstances favorables se manifestaient dans l'évolution de l'affaire judiciaire, ces signes disparaissaient en quelques heures ou en deux ou trois jours au plus.

J'ai suivi encore tout récemment une femme co-inculpée dans une affaire de grève d'une certaine gravité, visée plus que les autres, et d'ailleurs condamnée plus sévèrement, passer pendant huit mois par toutes ces alternatives ; je l'ai vue se poser elle-même les questions les plus graves sur sa santé ; mais je l'ai toujours vue reprendre courage et les symptômes réactionnels se dissiper lorsque « les nouvelles étaient bonnes » ; et « les nouvelles étaient bonnes » lorsque au bout de longs mois cessaient les incertitudes concernant la date du procès, et surtout lorsque le soutien du groupe qui lui était apparu défaillant s'est avéré réel et puissant, cet appui n'étant pas de nature à atténuer la condamnation, loin de là, mais de nature à lui rendre la conscience de sa pleine intégration au groupe et la plénitude du sens de son action ; et cela, j'ajoute, sans qu'aucun élément d'amour-propre n'intervint. La femme que j'avais vue effondrée et en larmes encore une dizaine de jours auparavant a été, m'a-t-on dit, calme et souriante devant une condamnation d'une certaine gravité à laquelle elle s'attendait et qui ne l'a pas surprise.

J'ajoute que, faute de tenir compte du caractère tout spécial de ces états réactionnels, l'on pourrait parfois être tenté de supposer à tort un appoint de simulation.

Je n'ai voulu dans cette communication — je l'ai indiqué au début — que poser un certain nombre de problèmes. D'ailleurs, la limite imposée à nos communications n'aurait pas permis de développer l'un ou l'autre d'entre eux. Mais je pense que la psychiatrie ne peut se désintéresser de ses limites et que l'étude des états réactionnels de ce type, ayant presque une valeur expérimentale au gré des événements, nous offre l'occasion d'étudier, dégagés d'un certain nombre d'éléments accessoires, certains de leurs éléments essentiels.

Le choc émotionnel. Effet thérapeutique. Premières données biologiques, par MM. J. DELAY, B. LAINÉ, J. PUECH et J. CIAVREUL.

Dans le cadre de nos recherches sur l'analogie des réactions biologiques au cours des différentes méthodes de choc et de la réaction d'alarme de Selye (1), nous avons étudié les modifications humorales du choc émotionnel. Au cours de ces recherches, nous avons en outre pu constater que le choc émotionnel avait une action thérapeutique incontestable sur certaines psychoses habituellement sensibles au traitement par l'électro-choc.

(1) *Presse médicale*, 59, n° 36, 741-742, 1951.

Ce sont ces effets thérapeutiques et biologiques que nous nous proposons de rapporter.

I) **TECHNIQUE.** — Le but de notre méthode est de provoquer chez le malade un choc émotionnel suffisamment intense et qui puisse être renouvelé plusieurs fois. Pour cela, nous préparons notre malade comme pour un électro-choc ordinaire, et afin d'entraîner chez lui la conviction qu'il va subir ce traitement, nous le faisons assister à une séance d'électro-choc. En outre, afin que le malade ne s'aperçoive pas que nous ne faisons sur lui aucun traitement convulsivant, nous lui faisons une injection intra-veineuse de pentothal immédiatement avant le moment où il devrait subir son électro-choc.

Pratiquement, afin de répéter sur les deux malades des gestes identiques, nous faisons tout d'abord au premier malade une injection intra-veineuse de sérum physiologique. Immédiatement après, nous lui faisons un électro-choc suivant la technique habituelle. Le second malade, allongé sur un lit contigu, a pu assister à nos préparatifs puis à la crise convulsive. Nous lui faisons alors une injection intra-veineuse lente de pentothal, pendant qu'un aide lui applique sur les fosses temporales les électrodes de l'appareil à électro-choc.

L'attitude des malades nous laisse penser que le choc émotionnel survient au moment où ils assistent au déroulement de la crise convulsive chez l'autre malade. Cependant, notre patient manifeste parfois son appréhension un peu tard, au moment où l'on commence à s'occuper de lui. Parfois aussi, après qu'une ou plusieurs séances aient déjà été faites, il se montre inquiet avant la séance même, dès que nous lui faisons les premiers prélèvements en vue des examens biologiques.

Quelle que soit l'incertitude du moment où l'émotion survient avec un maximum d'intensité, le résultat désiré est obtenu avec une grande régularité. Au réveil, les malades sont convaincus d'avoir été soumis à un électro-choc et la reprise des séances ne présente aucune difficulté.

II) **LES RÉSULTATS.** — 1. Les résultats cliniques montrent l'action favorable du choc émotionnel dans les psychoses dépressives.

Dans les états dépressifs de gravité moyenne, un nombre de 6 à 8 séances fut nécessaire ; ce traitement fut suffisant pour amener la disparition des troubles et permettre la sortie des malades, comme en témoignent les observations suivantes :

OBSERVATION 1. — Mme R..., âgée de 47 ans, est entrée dans le service le 24 septembre 1951, pour état mélancolique ayant débuté après une période prodromique de quelques mois avec insomnies et modifications de l'humeur. A son entrée, la malade présentait un syndrome mélancolique typique avec douleur morale, crises de larmes, bradypsychie ; la malade exprimait en outre des idées délirantes imprécises d'influence et d'envoûtement.

Les séances de traitement par le choc émotionnel furent commencées dès le 3 octobre 1951 et continuées au rythme de deux par semaine en moyenne. Aucun autre traitement ne fut appliqué pendant son séjour à l'hôpital. Dès la fin du traitement, une amélioration importante était constatée, et un mois plus tard, le 4 décembre 1951, la sortie définitive était accordée, après une sortie d'essai satisfaisante. Le certificat de sortie mentionnait : « Très améliorée par le traitement. Excellente critique des idées mélancoliques exprimées à l'entrée. » La malade a été revue un mois et deux mois après sa sortie, l'état mental restait excellent.

OBSERVATION 2. — Mme P..., âgée de 69 ans, est entrée le 26 septembre 1951 dans le service, avec le diagnostic de dépression mélancolique. Elle exprimait à l'entrée des idées délirantes d'inutilité et d'incapacité. Elle avait fait, quelques jours avant l'hospitalisation, une tentative de suicide par le gaz, et affirmait tout son regret d'avoir échoué. La malade fut soumise au traitement par le choc émotionnel et, très rapidement, l'état mental se modifia. Au bout de sept séances, la guérison était complète et, le 30 novembre 1951, la malade était rendue à sa famille.

OBSERVATION 3. — Mme B..., âgée de 61 ans, a été hospitalisée le 25 octobre 1951 pour dépression mélancolique, tristesse, bradypsychie ; la malade avait fait avant son entrée plusieurs tentatives de suicide. Outre les signes mélancoliques, la malade exprimait des idées délirantes de persécution et d'influence, se croyait victime d'un complot communiste. Après six séances de choc émotionnel, le syndrome mélancolique a totalement disparu et depuis la malade est devenue une travailleuse active du service, fait des courses et du nettoyage. Mais la conviction dans les persécutions dont elle croit avoir été l'objet persiste, légèrement atténuée, cependant, par rapport aux premiers examens.

OBSERVATION 4. — Mlle A..., âgée de 41 ans, est entrée le 26 septembre 1951 et présentait un mutisme complet avec aspect confusionnel et anxieux. Très vite, après deux séances de choc émotionnel, le mutisme prit fin et apparut un syndrome confuso-mélancolique avec anxiété. Ce dernier s'atténua progressivement, et après huit séances de traitement, la malade était très améliorée mais gardait un léger état d'anxiété, avec une impression vague d'hostilité de l'entourage. Quelques jours plus tard, une rechute nette de l'état anxieux nécessita la mise en œuvre de la convulsivothérapie électrique. La malade est sortie le 28 novembre 1951, complètement guérie, après trois séances d'électro-chocs.

2. *Résultats biologiques.* — Nous avons étudié les modifications biologiques liées au choc émotionnel par des dosages systématiques de diverses constantes chimiques et hématologiques, ainsi que par l'étude de la tension artérielle et du pouls. Pour ne pas multiplier les stress, nous avons dû limiter nos examens à cinq, le premier avant le choc émotionnel, le deuxième aussitôt après le choc et avant l'injection de pentothal, le troisième 30 minutes après, le quatrième une heure après le choc, le cinquième quatre heures après.

Nos résultats doivent être soumis à une critique statistique, par suite de l'introduction de nombreuses causes d'erreurs. Nous avons déjà noté l'impossibilité de préciser avec certitude le moment précis où survient le choc émotionnel. Le pentothal, d'autre part, introduit un élément étranger, bien que les barbituriques ne produisent pas d'autres modifications biologiques qu'une baisse précoce et peu marquée de la tension artérielle. Enfin, il faut tenir compte des variations possibles dues à d'autres facteurs survenant au cours de la matinée (multiplication des stress, pleurs au moment du réveil, paroxysmes anxieux).

Afin d'éliminer ces diverses causes d'erreurs, nous avons été amenés à créer des groupes de contrôle. Nous avons ainsi étudié les modifications dues au pentothal seul, celles dues au choc émotionnel sans injection de pentothal ; enfin, nous avons étudié les variations des diverses constantes biologiques au cours de la matinée, sans qu'intervienne aucun élément émotionnel ou pharmacodynamique.

En conclusion de nos divers examens, nous pouvons tenir pour valables certaines modifications que nous avons observées avec une grande régularité.

Modifications neuro-végétatives. — Une première phase immédiate est marquée par une hypertension artérielle modérée portant surtout sur la maxima et accompagnée de tachycardie.

Une deuxième phase, survenant une heure plus tard, se traduit par une hypotension artérielle avec bradycardie.

Modifications chimiques. — L'étude de la glycémie, de la protidémie, du chlore globulaire, de la réserve alcaline, ne nous a donné jusqu'ici aucun résultat appréciable.

Modifications hématologiques. — Le nombre des hématies augmente de façon constante aussitôt après le choc émotionnel. Cette augmentation persiste trente minutes après, le retour au chiffre initial s'effectuant à la fin de la première heure.

Le nombre des leucocytes augmente habituellement de façon importante aussitôt après le choc émotionnel. Dans un deuxième temps (trente minutes après), le nombre des leucocytes tombe au-dessous du chiffre initial. Le retour à la normale s'effectue lentement et reste souvent incomplet une heure après le choc.

La formule sanguine ne subit pas de modifications importantes. Il y a cependant une légère lymphocytose. Les éosinophiles seuls paraissent subir une chute plus importante que ne le laisserait prévoir la diminution du nombre des polynucléaires.

Notons enfin que nous avons pu constater une augmentation importante de l'élimination urinaire des 17-cétostéroïdes dans les 24 heures qui suivent le choc émotionnel, augmentation constante et d'une valeur moyenne de cinquante pour cent.

DISCUSSION

M. P. LÔO. — La réponse biologique du stress émotif a pu être modifiée par l'injection de pentothal, car Sélye a précisé que le gardénal arrêta le stress.

Ce procédé thérapeutique est intéressant et je ne manquerai pas de m'en servir. Mais il eût été intéressant de savoir dans quel sens avait lieu le stress et de déterminer si la réaction était polarisée vers les gluco-corticoïdes ou les minéralo-corticoïdes. La vitesse de sédimentation serait une présomption, puisque les minéralo-corticoïdes accélèrent cette vitesse de sédimentation.

D'après Lambling, la courbe glycémique plate serait la traduction la plus apparente d'une insuffisance cortico-surrénale qui justifierait, d'après le même auteur, un traitement à base d'acétate de désoxycorticostérone. Une courbe d'hyperglycémie élevée, type para-diabétique, serait justiciable de l'insuline et de la testostérone (1).

Sélye n'a envisagé qu'une partie du circuit à son départ hypophysaire, soulignant que, n'étant pas neurologue, il avait laissé de côté les relations système nerveux et hypophyse, et ce champ à explorer est du domaine des psychiatres et, quoi qu'on en ait dit, les conceptions de Sélye et les maladies de l'adaptation ne doivent pas rester étrangères à la psychiatrie.

M. P. SIVADON. — Je pourrais citer, dans le cadre des guérisons liées à l'émotion, le cas d'un sujet qui a guéri à deux reprises lorsqu'il a appris qu'il allait être opéré en neuro-chirurgie.

M. M. BACHET. — L'hypnose, qui réalise une sorte de choc émotionnel, ne réussit qu'à aggraver les maladies mentales. Je suppose, qu'en l'occurrence, le rôle de la narcose par le pentothal doit être très important.

M. J. LABOUCARIÉ. — Parfois, la tentative de suicide joue le rôle du choc émotionnel. Je connais le cas d'une mélancolie guérie après tentative de strangulation.

M. J. DELAY. — Nous avons pratiqué du pentothal sans choc émotionnel dans des groupes-témoins. On sait, au surplus, que l'amélioration par le choc émotionnel d'un état mental est un fait connu de tout temps. La difficulté est de réaliser un choc émotionnel. La technique que nous apportons permet une telle production.

Il y a toutefois dans notre apport une contradiction apparente, savoir la non-modification du taux de la glycémie. En fait, les mécanismes décrits par Sélye sont d'ordre très général. Certains mettent probablement en jeu d'autres systèmes glandulaires. Il n'est donc pas très étonnant que nous observions des discordances, qu'il faudrait seulement expliquer par l'intervention d'autres mécanismes, probablement encore inconnus.

M. J. DUBLINEAU. — Georges Dumas insistait naguère sur la difficulté qu'il avait éprouvée, alors qu'il étudiait les troubles physiologiques au moment des émotions, à provoquer des émotions vraies.

Pour ce qui est des problèmes de mécanismes, j'ai insisté antérieurement, ici-même, puis, plus en détail, au congrès des aliénistes de Clermont-Ferrand, sur la diversité probable des formes émotionnelles, chaque système glandulaire donnant, quand il est excité, un certain type de réponses émotionnelles : sexuelles, affectives, intellectuelles, etc. Cette diversité des systèmes émotionnels rend probable une égale diversité des réponses biologiques.

(1) *Presse médicale* du 21 novembre 1951. « Retentissement métabolique des diarrhées chroniques », par BONFILS, LAMBLING, HEWITT, de Paris.

Les vieillards accusateurs, par M^{me} A. MASSON.

Dans l'évolution psychologique du vieillard, on assiste, entre autres, à deux phénomènes en rapport avec l'affaiblissement intellectuel, et dont la combinaison déclenche parfois des incidences médico-légales : l'exacerbation de la notion de propriété ; l'exacerbation, plus ou moins accentuée, de la notion d'honorabilité personnelle.

Nous en donnons deux observations : dans la première, l'affaiblissement intellectuel était relativement discret et devait être recherché ; dans la seconde, il était évident.

OBSERVATION 1. — P. E., 75 ans. Affaiblissement intellectuel discret, contrastant avec une vigueur physique réelle. Tendances mystiques. Rapacité.

Ce vieillard accuse un jour sans preuves quelqu'un de menus délits réitérés, portant atteinte à son droit de propriété. Première faute de jugement : au lieu de charger la police de prendre en faute le prétendu contrevenant, il le guette nuitamment, l'aborde, le frappe et le menace à nouveau (« je l'ai poussé », avoué à la police, dossier). Deuxième faute de jugement : sachant que la victime de l'agression, qu'il avait frappée à la figure et qu'il craignait avoir blessée (elle l'était légèrement en effet) cherchait à savoir qui pouvait être son agresseur, il s'imagina que sa victime porterait sûrement plainte contre lui, ce qui, avec un peu de réflexion, lui aurait paru peu probable, parce que la victime ne le connaissait pas et qu'elle aurait été incapable de donner des renseignements sur son agresseur. Troisième faute de jugement : affolé, voyant son « honorabilité » mise en danger, il porte plainte le premier, ce qui l'exposait à aller se dénoncer lui-même sans s'en rendre compte. Quatrième faute de jugement : interrogé par un policier ayant l'habitude des bagarres de rues, il avoue tout lors du procès-verbal de police. Le mécanisme psychologique qui préside à tout cela : pour sauver son « honorabilité », faire une action malhonnête qu'il aurait condamnée jadis lui-même mais dont il ne saisissait plus bien le caractère immoral. Une certaine hésitation semble cependant s'être manifestée chez lui, puisqu'il racontait le surlendemain à des témoins : « J'ai prié longuement Dieu avant de porter plainte, mais il m'a conseillé de le faire. »

Le dossier révèle par ailleurs, dans toute une série de phrases prononcées à plusieurs reprises, d'autres éléments d'affaiblissement intellectuel : il prétend que son pseudo-agresseur, qui venait à peine d'arriver dans la localité, « le connaissait fort bien » (faux), qu'il savait « que sa maison lui appartenait » (puéril) ; il savait que son agresseur l'avait minutieusement observé faire une série de menus gestes (puéril), etc.

Il arriva d'ailleurs lui-même à être tellement convaincu du roman ainsi bâti (mythomanie du vieillard, qui fera l'objet d'une étude ultérieure), que son accent de sincérité ébranla plus d'un de ceux qui eurent à connaître de cette affaire.

OBSERVATION 2. — G. G., 81 ans. Affaiblissement intellectuel évident ; vigueur physique relative. Vit seul, ne veut personne autour de lui. Relativement aisé, tantôt étale son argent, tantôt le cache dans des cachettes

qu'il ne retrouve plus lui-même. Sent confusément que cela excite des convoitises autour de lui, ce qui augmente encore la méfiance, fréquente à son âge.

Un jour, alertée par une voisine (le vieillard avait présenté des troubles cardiaques, ramené un soir chez lui par des tiers, ne voulant pas voir de médecin), une nièce (sa seule parente, qu'il aimait bien jadis) accourt le voir. Dès son arrivée, elle va vers lui pour l'embrasser. Il recule. Sa nièce, étonnée, lui jette ses bras autour du cou : « Mon oncle, tu ne me reconnais plus ? » Réponse : « Toi aussi, tu veux mon argent », et le vieillard se précipite à la fenêtre en criant au secours. Mais sa notion de l'« honorabilité » le fait réagir lors de l'arrivée des voisins : « J'ai appelé parce que mon cœur n'allait pas. » (faux). Au cours de la nuit, qu'il passe habillé sur son lit, il réfléchit cependant que les voisins ont pu mettre en doute la raison invoquée ; il s'affole à l'idée qu'on le soupçonne d'avoir eu un corps-à-corps avec sa nièce, de l'avoir frappée, etc. Et cette série de fautes de jugement, à la faveur de l'affaiblissement du sens moral qui découle de ce même affaiblissement du jugement, l'amène le lendemain matin à l'acte suivant : de sa fenêtre (ce qui devait lui paraître moins grave qu'une démarche directe au commissariat), il charge un inconnu qui passe (dont il devait moins redouter un jugement défavorable à son égard), d'aller dire au commissariat que sa nièce avait voulu le frapper pour lui dérober son argent. Enquête de la police quelques heures après : il n'ose pas répéter la même version aux policiers, se rendant compte qu'ils avaient déjà interrogé des voisins et qu'il risquait de ne pas être cru. Il leur dit alors : je vous demande d'obliger ma nièce à quitter la ville, parce que si elle revenait ici, je suis obligé de quitter la maison, le bail stipulant... qu'il ne doit y avoir de présent sous ce toit qu'une personne à la fois. Les policiers, se rendant compte à cette phrase de l'affaiblissement intellectuel du vieillard, le menacent d'un internement immédiat s'il recommence à faire du scandale, et tout rentre dans l'ordre. Mais si l'affaiblissement du vieillard avait été moins évident, la suite, du moins dans un premier temps, aurait pu être différente.

Le mécanisme des réactions psychologiques de ces deux vieillards est le même : pour sauver leur honorabilité, ils ont recours à des moyens qu'ils auraient jugés jadis déshonorants. Mais dans la seconde observation, l'affaiblissement intellectuel évident a empêché une instruction judiciaire contre un innocent ; tandis que dans la première, l'honorabilité du plaignant, malgré l'absence absolue de preuve, a fait pendant un certain temps illusion : or, son examen mental aurait arrêté rapidement toute procédure.

Il résulte donc de l'examen de ces deux observations-type, dont la deuxième éclaire la première (et d'autres pourraient être ajoutées) que lorsqu'une plainte est déposée par un vieillard et que les faits ne résultent pas certains, il peut être utile, si possible, de déclencher l'examen mental du plaignant ; sans qu'on puisse évidemment éliminer la coexistence possible d'un affaiblissement mental et d'un préjudice subi. Mais s'il n'y a pas d'autres éléments de certitude, le

témoignage du plaignant perd, en cas d'expertise positive, tout ou une partie de sa valeur.

Dans la première de ces observations, les réactions anormales survenues à l'occasion d'un élément (notion de la propriété) qui prend souvent chez le vieillard un caractère affectif marqué ont été les premiers signes aisément décelables de l'affaiblissement intellectuel ; l'examen de ses dépositions successives en révèle d'autres menus éléments.

Une série d'autres observations, qui paraissent dépasser ce sujet mais qui l'éclairent, concernent d'autres troubles encore plus discrets et plus précoces. J'en choisis une :

OBSERVATION 3. — L. X., 70 ans. Pas d'affaiblissement intellectuel décelable. Grande vigueur physique. A toujours eu mauvais caractère, mais bon cœur et serviable. A perdu sa femme et un de ses deux garçons du fait de la guerre ; a gardé de ces secousses émotives des cauchemars et la crainte morbide d'être égorgé par des rôdeurs la nuit : laisse sa maison grande ouverte le jour et s'y barricade la nuit. A accueilli tout de suite après-guerre des réfugiés, de qui il n'a voulu aucune indemnisation. Accueille peu après des sans-logis aisés, très content de ne plus être seul, les aimant bien, les comblant de gentilleses et n'acceptant qu'à contre-cœur leur rémunération. A pleuré lors de leur départ à l'idée de se retrouver tout seul. Mais au cours de leur séjour, plusieurs incidents, nullement causés par une hostilité quelconque à leur égard ; au bout d'un an, il s'affole brusquement à l'idée que le courant électrique qu'ils consomment passe par « son compteur » (ses locataires lui offrent une augmentation ; mais il n'en faisait pas une question d'argent) ; se met violemment en colère le jour où ils introduisent un meuble supplémentaire dans « sa » maison ; un beau jour, il leur demande de ne plus passer par sa porte, devant « sa » plaque, et de passer par l'escalier de service à travers le sous-sol. Ces petits drames s'arrangent régulièrement et il fait tout ce qu'il peut pour les leur faire oublier ; mais ils ne s'en sont pas moins produits, premiers signes d'un affaiblissement intellectuel (troubles du jugement au sujet de la notion de propriété) qu'aucun autre signe, même à la fin de cette période, ne permettait de déceler.

A noter que magistrats, bureaux municipaux du logement et agences de location connaissent les menus désagréments dont des vieillards sont assez souvent la cause en raison de troubles survenant chez eux au sujet de la notion de propriété.

Il serait intéressant — et je me propose de le faire — de rechercher sur un nombre assez important de vieillards, par exemple ceux d'un hospice ou d'une maison de retraite, les modalités exactes et la date d'apparition des troubles de cette nature, ce qui pourra apporter éventuellement un appoint assez intéressant à tout un chapitre de la psychopathologie du vieillard.

Les clubs sociothérapiques à l'hôpital psychiatrique;
par MM. P. SIVADON, S. FOLLIN et M^{lle} S. TOURNAUD.

Les maladies mentales sont essentiellement désocialisantes. Toute thérapeutique psychiatrique doit viser, en fin de compte, à permettre une reprise de rapports normaux avec le milieu social. Une des principales indications de l'hospitalisation du malade mental réside précisément dans la nécessité de le séparer transitoirement du milieu vis-à-vis duquel il présente des réactions pathologiques. Mais cette mesure n'a de valeur thérapeutique que si l'hôpital lui fournit des conditions d'existence adaptées à ses capacités et lui permettant de progresser. C'est la raison pour laquelle, depuis plus d'un siècle, bien des « aliénistes », tout en réduisant ou même en supprimant les moyens de contention, se sont attachés à introduire des éléments de vie sociale dans leur service, sous la forme plus ou moins organisée de travail, de distractions, de fêtes.

Dans ces dernières décades, des techniques se sont précisées qui sont connues sous le nom général de « thérapeutiques de groupe ». Toutes visent, par des procédés psychothérapiques divers, à restaurer la capacité du sujet à établir des relations interpersonnelles et à l'intégrer dans un groupe humain.

Parmi ces techniques, la plus simple consiste à réunir un certain nombre de sujets autour d'un intérêt commun (goûter, jeu, promenade, travail, etc.), et à favoriser l'organisation et la cohésion du groupe en lui proposant un but défini à poursuivre. Ainsi se crée une communauté qui, bientôt, veut avoir un nom particulier, un président, un secrétaire, souvent même un trésorier. Des initiatives se développent, des idées sont échangées, des projets s'affrontent, des solutions doivent intervenir. Une « société » est née. Par la force des choses, cette communauté réalise le niveau de sociabilité accessible au plus grand nombre des membres qui la composent. Certains, incapables de s'y intégrer, s'en détacheront d'eux-mêmes, et il suffira de les grouper avec d'autres sujets autour d'un autre centre d'intérêt pour qu'un nouveau groupe soit créé.

En Angleterre, où, sous l'impulsion de J. Bierer, de nombreux groupes de ce genre fonctionnent depuis une quinzaine d'années, le nom de « Therapeutic social clubs » leur a été donné.

L'un de nous, à Ville-Evrard, il y a sept ans déjà, dans un service à l'époque surencombré de chroniques, a favorisé la création d'un premier club qui s'est orienté dès l'abord vers l'organisation de fêtes. Pendant deux ans, de 1945 à 1947, sous le nom de « club des cri-sants », il fonctionna avec assez de régularité, groupant de dix à trente membres autour d'activités d'entraide, de jeux, etc. Mais le premier résultat de cette reprise d'une vie sociale rudimentaire, à l'intérieur d'un service d'asile de formule carcérale, fut de leur faire prendre conscience de leur intolérable situation d'aliénés. Ce qui se

traduisit bientôt chez les uns par des réactions agressives mineures et par la création d'un éphémère club dissident : « les anticrisants », et chez les autres par une utilisation débordante du style loufoque. Il s'agissait pour ces derniers, par le maniement de l'humour noir, de lénifier et de rendre ainsi acceptable leur condition de fous. Le club des « crisants » devint le « club des robots impénitents synthétiques, actifs, neutralisés, terriblement solidifiés », et il s'appliqua à monter des revues et des spectacles où la folie était présentée sous ses aspects cocasses les plus classiques (histoires de fous du répertoire, scène du psychiatre camisolé, etc.). La valeur cathartique et désensibilisante de ces « psychodrames » rudimentaires est attestée par le fait que les organisateurs de ce club, depuis longtemps sortis, gardent après six ans un contact confiant avec le service et participent aux activités du club de post-cure de « l'Elan ».

Lorsque, le 1^{er} janvier 1948, le service fut transformé en « centre de traitement et de réadaptation sociale », la suppression de l'encombrement et l'augmentation du personnel technique permit l'organisation de nombreux clubs nouveaux.

La vie quotidienne dans le service étant devenue supportable, et même à certains égards agréable, les activités de club s'orientèrent vers des revendications élémentaires (l'appareil de T.S.F. ne marche pas, il y a des cailloux dans les lentilles, etc.). Il faut bien dire que ces protestations étaient le plus souvent justifiées. Suivant la règle générale de toute psychothérapie de groupe, il nous apparut bien vite qu'il convenait de laisser se développer cette protestation, de permettre sa formulation de façon aussi libre que possible, et de favoriser sa résolution dans une activité constructive.

Chaque pavillon est constitué en une sorte d'unité démocratique, qui élit son délégué et discute de ses intérêts communs : heures du lever et du coucher, distractions, insuffisance des jeux, des promenades, etc. L'ensemble des délégués forme le conseil des malades, qui élit à son tour un délégué général. C'est cet organisme qui chaque semaine, pendant une ou deux heures, prend contact avec le médecin, et c'est au sein de ces séances que s'élaborent les solutions constructives, sous forme cette fois de groupes d'activité.

Faut-il un moyen d'expression ? Ce sera le comité de rédaction du « Tremplin », le journal du service, entièrement rédigé et imprimé par les malades.

Manque-t-on de jeux ou de mobilier ? On demande au club des ateliers d'en organiser la fabrication par les malades mêmes qui les réclament.

La cuisine est-elle mal présentée ? Un comité des menus étudie le détail des imperfections signalées et propose au chef cuisinier des améliorations parfois réalisables. On demande une entrevue avec l'économiste.

S'ennuie-t-on ? Et l'on crée aussitôt une multiplicité de groupes d'activités diverses.

Club de conférences, qui organise chaque semaine une causerie faite par un malade sur un sujet de son choix.

Club culturel qui surveille la distribution des livres, conseille les lecteurs, organise des cours de grammaire, d'anglais, de comptabilité, etc., des visites d'expositions, de musées, de sites et de monuments.

Club sportif avec ses équipes de volley-ball, de basket-ball, qui organisent des compétitions avec des équipes de l'extérieur : celle des agents de police de Neuilly-Plaisance est son adversaire habituel. Des déplacements (à Fleury-les-Aubrais en particulier) sont parfois organisés. Des baignades sont organisées. Chaque année, plusieurs membres du club affrontent avec succès les épreuves du brevet sportif populaire.

Club de musique qui possède un « jazz » fort apprécié.

Club de camping qui, pendant toute la belle saison, organise des sorties de plusieurs jours, sous tente, à plusieurs kilomètres de l'établissement.

Club des jeux avec ses équipes d'échecs, de dames, de dominos, de ping-pong, de boules, etc.

Comité des fêtes et kermesses. Bien d'autres encore pourraient être énumérés.

Une mention spéciale doit être réservée aux clubs de travail. Le club des ateliers achète les matériaux, répartit la production et organise la vente des objets produits par les ateliers de thérapeutique occupationnelle. Il gère les fonds (et ceci pose un problème administratif en voie de règlement) et répartit les bénéfices : une part pour l'amortissement et l'achat du matériel, une part pour la rémunération des travailleurs, une part pour l'entraide.

Club de la terrasse, qui réalise les travaux d'aménagement des abords du service, de création et d'entretien des terrains de jeu et de sports.

Tous ces clubs naissent, se développent et meurent, soit que leur objet ait disparu, soit qu'ils répondent à un besoin permanent. Dans ce dernier cas, ils sont remplacés par des comités permanents : il en est ainsi du journal « le Tremplin », qui vient de fêter son quatrième anniversaire et aussi de l'organisme central qui est le comité des malades.

Depuis plusieurs années, bien des efforts du même ordre ont été faits dans divers hôpitaux psychiatriques. Citons, parmi d'autres, les travaux de l'équipe de Saint-Alban (Tosquelles, Chaurand, Balvet, Bonnaté), ceux de Bernard à Lille, de Daumézon à Fleury-les-Aubrais, de Ey à Bonneval.

L'un de nous, à Armentières, entre 1946 et 1948, avait ainsi utilisé les besoins d'un groupe de malades abandonnés à eux-mêmes, dans une « caserne » de 200 lits, pour développer un groupe sportif, une chorale, divers ateliers. Le tout étant conçu comme activité de club au sein d'une société : « la Bienfaisante », ayant son budget et son compte propres à la caisse du receveur de l'établissement. A titre

d'exemple, les matériaux de menuiserie furent récupérés plus ou moins clandestinement sur les pavillons détruits en 1940, et les instruments prêtés par un personnel compréhensif.

Il faut éviter de favoriser des « tensions » stériles, sources d'acrimonies personnelles, susceptibles d'orienter certains malades vers les refuges autistiques, névrotiques ou délirants, ou d'exagérer leur opposition. Il ne s'agit en aucun cas de ruser avec les malades et de tenter de leur dissimuler la réalité des obstacles auxquels se heurtent leurs désirs, voire la satisfaction de leurs besoins les plus légitimes. Il faut, grâce à une connaissance précise à la fois des besoins réels des malades et des possibilités offertes, orienter le groupe vers des solutions qui, tenant compte de ces deux éléments, apportent le maximum possible de satisfaction aux besoins formulés. Il s'agit, en somme, en face d'une situation qui s'oppose à la satisfaction d'un besoin, de mettre en œuvre les moyens susceptibles de transformer cette situation de façon efficace.

On le voit, il s'agit de favoriser la reprise d'une vie sociale à l'occasion d'un besoin ou d'une intolérance commune qui fonde l'unité du groupe. Il s'agit de laisser se développer au sein du groupe les « tensions » qui se résolvent bientôt par une structuration du groupe. On élit un délégué. A ce stade se développe une attitude protestataire qui constitue la phase préliminaire de la maturation du groupe. C'est à ce moment que le comportement du psychothérapeute permet d'orienter cette attitude vers des buts concrets en lui évitant de se dissoudre dans des revendications stériles. C'est l'art du médecin et son doigté dans le maniement de cette agressivité qui permettra au groupe de prendre ses responsabilités et d'apercevoir les solutions utiles. Il est vain de récriminer contre la loi de 1838 ou contre le règlement intérieur. Il est peut-être utile de conférer avec l'économe ou le cuisinier. Il est certainement possible d'organiser soi-même les distractions qui manquent, de fabriquer les instruments et le mobilier que l'on réclame en vain à l'administration.

Les ateliers d'ergothérapie sont nés de cette sorte, sans aucun appui financier. Un malade, vannier, a prêté ses outils personnels. La vente des premiers objets a permis l'achat d'instruments. Petit à petit, d'autres ateliers ont pu être créés. Une rame de papier et une imprimerie d'enfants ont permis les débuts du « Tremplin », qui vit depuis lors de sa vente et de ses abonnements. Ainsi s'est constituée toute la gamme des thérapeutiques qu'ailleurs on appelle « distractionnal-therapy, occupational-therapy, music-therapy, dance-therapy, educational-therapy, etc. ». Mais dans la plupart des cas, ces « thérapies » constituent des organisations indépendantes créées par les médecins, gérées par des auxiliaires spécialisés et qui forment autant de « départements » séparés trop souvent par des cloisons étanches.

Nous pensons préférable — et les résultats obtenus nous confirment dans cette opinion — de faire de la sociothérapie un tout cohérent, qui naît des besoins du malade et de ses insuffisances, qui se déve-

loppe dans un groupe par la prise de conscience et le refus de sa situation, qui se poursuit par un processus de maturation au travers des phases de protestation et de prise de responsabilité et se résout enfin par l'adoption de conduites créatrices.

On imagine aisément les excès auxquels conduiraient de telles manifestations si elles n'étaient pas toujours attentivement guidées par un médecin rompu à ces techniques. Le groupe naissant, à sa phase protestataire, réclame des solutions à ses revendications. Il attend du médecin que satisfaction soit donnée à ses désirs. S'il se heurte à une incompréhension ou à une attitude répressive, l'attitude protestataire se trouve simplement aggravée et sa résolution sera rendue difficile sinon impossible. Si le médecin se contente, sans explication, de rejeter toute la responsabilité de la situation sur une instance supérieure pratiquement inaccessible (l'administration, la loi, le gouvernement, etc.), le résultat sera le même. Il convient d'orienter le groupe vers une prise de responsabilité aussi large que possible et de ne lui venir en aide que dans la mesure où il ne peut lui-même trouver la solution. Mais il ne faut pas que, dépassant la mesure, il se charge de la responsabilité des autres et prétende remplacer le médecin ou l'administration. Inversement, il va de soi que le médecin et l'administration ne doivent en aucun cas trouver prétexte dans les efforts des malades pour se débarrasser sur eux de leurs propres responsabilités (« puisqu'ils surveillent la cuisine, pourquoi m'en occuperais-je ? »).

Sous ces réserves et sans préjuger de la valeur d'autres techniques de psychothérapie de groupe — que nous utilisons également par ailleurs —, la vie du service dans son ensemble réalise une psychothérapie collective qui met en œuvre, de façon aussi spontanée que possible, tous les mécanismes habituels de ces techniques : établissement de relations interpersonnelles, intégration et identification au groupe, transfert de groupe, processus de maturation, organisation et autonomie, résolution des conflits par une activité commune constructive (1).

Le club thérapeutique apparaît dans cet ensemble à divers niveaux. A la base, sous forme de réunions de pavillons, à sa phase critique sous forme du conseil des malades, à la phase de résolution sous forme de clubs d'activités diverses. La clef de voûte du système, c'est, on le comprend, le conseil des malades. C'est à ce niveau que l'action du médecin est la plus indispensable. Il s'agit d'un groupe restreint,

(1) Dans la mesure où nous nous sommes efforcés, partant des besoins réels des malades, d'orienter la psychothérapie vers une prise de conscience de leurs fondements objectifs, des possibilités et responsabilités propres aux malades eux-mêmes, vers la solution de ces problèmes par une activité personnelle et collective des intéressés, l'ensemble de ces notions paraît à l'un de nous (Follin) non seulement inutile à la compréhension des faits, mais dangereuse et erronée scientifiquement parce qu'elles introduisent des concepts dont le fondement objectif n'est pas établi. Ces concepts expriment, en effet, selon lui, l'interprétation théorique de la psychanalyse individuelle, et sont basés comme tels sur des fantasmes du malade allongé sur un divan, dans des conditions par conséquent sans commune mesure avec la vie réelle des malades à l'hôpital.

représentatif de l'ensemble du service, et qui doit être l'objet d'une psychothérapie régulière et attentive. C'est à ce niveau, en effet, que se réalise le virage le plus délicat : le passage de l'attitude protestataire à l'activité créatrice.

Le club de post-cure de l'élan,
par M. P. SIVADON et M^{lle} S. BAUMÉ.

Ce fut toujours le souci des psychiatres que de prévoir, d'organiser si possible, les conditions de réinsertion sociale des malades après la sortie. Le développement des services sociaux, au cours de ces dernières années, a apporté quelques facilités à ce difficile problème. Résoudre des difficultés administratives, aider à trouver un logement et du travail, favoriser la reprise des contacts sociaux, telles sont les tâches pour lesquelles ces services se révèlent particulièrement précieux.

Trop souvent, cependant, malgré cette aide, l'ancien malade, au moment de retrouver la vie sociale normale, est saisi d'une angoisse. Parfois, c'est la crainte, plus ou moins consciente, de ne pouvoir affronter les responsabilités et supporter l'isolement moral qui l'attendent : et c'est le « vertige de la sortie », la rechute au moment même où prend fin une hospitalisation qui cependant lui pesait. Plus fréquemment encore, c'est le désir de fuir tout ce qui lui rappellerait sa maladie et son internement et c'est le plongeon dans la solitude, au milieu d'un monde qui lui paraît étranger sinon hostile. A la maladie désormais guérie, fait suite une autre maladie, que l'on pourrait appeler « névrose d'internement ». La vue d'un hôpital, d'un médecin, lui est insupportable. La moindre réflexion sur les fous lui semble une allusion personnelle. Il en vient à surveiller ses paroles, sa démarche, incertain qu'il est d'être vraiment comme les autres, et soupçonneux qu'on lise sur son visage sa folie mal éteinte. Aussi se replie-t-il de plus en plus sur lui-même, son attitude étrange éveillant la compassion inquiète ou moqueuse de son entourage, ce qui aggrave encore son malaise.

Dès lors, la voie de la rechute est ouverte. La guérison d'une maladie mentale n'est vraiment acquise que lorsque des échanges affectifs normaux ont été établis entre le sujet et son milieu. Ces échanges affectifs constituent une nourriture indispensable pour la reprise de la maturation émotionnelle perturbée par la maladie, ils sont la condition nécessaire pour une restructuration de la personnalité. Sans eux, le sujet gardera ou retrouvera sa fragilité première, et le moindre événement — toxi-infection ou traumatisme affectif — le précipitera à nouveau dans la maladie.

C'est à cette nécessité thérapeutique que répondent les clubs de post-cure. Il s'agit de procurer, au sein de la société, un milieu de soutien où l'ancien malade se sente de plain-pied avec des personnes

qui le comprennent parce qu'elles ont traversé les mêmes expériences que lui. Anciens malades eux-mêmes, les membres du club possèdent un niveau de maturation affective souvent relativement bas : ils sont donc plus aptes que quiconque pour accueillir le nouveau venu. En leur présence, ce dernier perd bien vite son sentiment d'infériorité, lié en grande partie au sentiment d'exceptionnalité. L'exemple des autres, désormais bien guéris, lui redonne confiance en l'avenir. Bientôt même, il s'émerveille qu'une société d'anciens malades mentaux puisse montrer tant de bonne humeur et d'efficacité dans l'organisation de multiples activités. Et il arrive — nous l'avons constaté plusieurs fois — qu'une sorte d'orgueil d'avoir été fou le saisisse et qu'il s'empresse de s'en vanter auprès de ceux qui semblent l'ignorer. Puis vient le temps où tout s'apaise : le spectre de la maladie s'estompe. Le club n'est plus pour lui qu'un lieu d'aimables rencontres, de distractions agréables, où il peut par surcroît apporter le secours de son assurance et de son expérience d'ancien au nouveau venu dont le désarroi le fait sourire. En lui venant en aide, il achève de parfaire sa maturité affective et d'assurer sa propre guérison.

Tel est, superficiellement et brièvement esquissé, le processus curatif le plus habituellement rencontré.

C'est dans cet esprit qu'en juillet 1948 nous avons créé le « club de l'Élan ». Il doit son nom au fait qu'il représente une des activités de l'association, « l'Élan retrouvé », qui s'est donné pour tâche d'apporter des solutions efficaces aux multiples problèmes de la réadaptation sociale des déficients mentaux.

Le club de l'Élan a été constitué jusqu'à ce jour par les anciens malades du centre de traitement et de réadaptation sociale de Ville-Evrard.

Hébergé pendant plusieurs années par la Maison des Lettres, il possède désormais son local dans Paris, 77, rue du Château-des-Rentiers.

Un comité, formé exclusivement d'anciens malades, en organise le fonctionnement avec l'aide de l'un de nous.

Les réunions plénières, sur convocation individuelle, ont lieu environ tous les mois. Elles réunissent de 30 à 50 membres. En outre, chaque samedi après-midi, une permanence est assurée. A cette occasion, des groupes plus restreints se retrouvent : on joue aux cartes, aux échecs, on projette des films, on écoute des disques. Depuis peu, s'est ajoutée la préparation d'un bulletin du club.

Les anciens malades sont assurés de rencontrer là, dans une atmosphère détendue, l'un ou l'autre de leurs médecins, leur conseillère du travail, leurs assistantes sociales, leur ancienne « hôtesse ». Ils les y abordent en toute liberté, sans formalités, autour d'une tasse de café ou d'un verre de rafraîchissement. Bien vite, leur personnage se dépouille à leurs yeux de tout caractère « asilaire ». Des confidences souvent sont faites là, que n'avaient pas permis de longs et minutieux interrogatoires à l'hôpital. Un nouveau mode de relations s'établit qui

supprime sans autre effort « l'intolérance au médecin » que présentent tant d'anciens hospitalisés.

Le même processus permet aux anciens malades de nouer entre eux des relations amicales qui font bientôt se dissoudre les « intolérances à la notion de maladie ». On évoque des souvenirs de l'hôpital qui n'est plus de ce fait un spectre chassé du souvenir, mais un lieu bienfaisant auquel on doit la guérison.

Tout ceci n'est possible qu'à la faveur d'une orientation commune vers des activités concrètes. On organise des fêtes : un spectacle de variétés pour le grand public dans une salle louée à cet effet, une soirée dansante, ou des réjouissances plus intimes (la « galette des Rois », les crêpes du Mardi-Gras, etc...).

Des groupes se forment. Les uns vont le dimanche en pique-nique aux environs de Paris. D'autres vont ensemble voir une pièce de théâtre ou de cinéma, visiter un musée sous la direction d'un membre plus compétent. Un autre prend la responsabilité d'un groupe de natation, un autre d'un cours de danse. Certains amènent leur femme, leurs amis. Des jeunes filles bénévoles (assistantes sociales stagiaires en particulier) se mêlent aux groupes. Une bibliothèque s'organise. Des causeries sont faites par les uns ou les autres. On n'oublie pas non plus les futurs membres, ceux qui sont actuellement hospitalisés et qui bientôt se joindront au club. On va les voir à l'hôpital, les distraire, leur donner confiance en l'avenir. On les invite à venir aux réunions. Et c'est ainsi que les malades prennent contact, avant même leur sortie, avec leurs futurs camarades de l'extérieur. La sortie ne sera pas pour eux un « saut dans le vide ». On les attend. Des amis s'occupent de leur trouver du travail et s'apprentent à les sauver de la solitude qui sans cela les guetterait.

Et de fait, les membres du club font des prodiges d'ingéniosité et de dévouement pour trouver des emplois, pour « dépanner » un camarade, pour secourir moralement tel autre qui se laisse aller au découragement ou qui retombe dans ses habitudes d'intempérance.

Bien d'autres activités naissent et meurent suivant les goûts du moment et les exigences de la vie du groupe. Depuis des mois, toutes les énergies sont tendues vers l'aménagement d'un local qui nous a été procuré dans un état de délabrement total. Des membres du club ont apporté leurs outils, d'autres se sont procuré des matériaux. Ils consacrent leurs heures de loisirs à poser l'électricité et l'eau, à menuiser, à plâtrer et à repeindre. De leurs mains, ils ont fait en quelques mois d'un taudis une maison accueillante où ils se sentent vraiment chez eux.

Il n'est pas besoin de souligner davantage tout ce qui sépare la formule du « club » de celle du « patronage de malades sortis ». Quels que soient les services rendus par ces derniers, ils gardent le caractère charitable qui maintient les sujets dans une situation de dépendance. Certes, nous connaissons certains patronages dont le caractère démocratique tend à éliminer cet aspect, et l'un de nous, au

cours d'un récent voyage à l'étranger, a pu observer certains clubs où est cultivé le sentiment de dépendance à l'égard du groupe ou même du médecin.

Il nous paraît essentiel de laisser se développer le plus possible les initiatives et la spontanéité. Le médecin et ses collaborateurs ne doivent intervenir que dans la mesure strictement nécessaire pour orienter les activités du groupe lorsque ce dernier, désorganisé par quelque événement, ne trouve pas en lui-même le dynamisme suffisant pour retrouver sa cohésion. Tel est le principe qui guide les clubs anglais animés par J. Bierer. Tel est également notre souci.

Quatre ans d'expérience nous permettent d'affirmer la valeur d'une organisation de ce type. La fidélité de bien des membres aux diverses réunions depuis des années est la preuve du besoin qu'ils ressentent de s'appuyer sur un groupe pour étayer leur existence personnelle. Les relations amicales que gardent avec le club ceux qui l'ont plus ou moins délaissé démontre — et ils en font volontiers confiance — qu'au travers de ce groupe ils ont retrouvé progressivement une capacité d'autonomie sociale suffisante pour se passer du soutien qu'il leur apportait.

Ceux-ci nous semblent les mieux guéris qui, d'eux-mêmes, se sont détachés spontanément du milieu où la maladie les avait plongés en emportant le souvenir d'une communauté amicale et accueillante au lieu de la hantise d'une contrainte douloureusement subie.

Ceux-là, plus fragiles, maintiendront leur précaire guérison en puisant la nourriture affective indispensable au sein d'un foyer de vie collective, exigence persistante de leur personnalité malformée.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. POTTIER, au nom d'une commission composée de MM. GELMA et POTTIER, rapporteur, M. L. SINGER, chef de clinique à la Faculté de médecine de Strasbourg, est élu *membre correspondant national* par 26 voix sur 26 votants.

Centenaire de la Société

La Société, faisant sienne une proposition du Conseil d'administration, invite cordialement tous les psychiatres français, membres de la Société ou non, à participer aux manifestations du centenaire, y compris la participation au banquet du lundi 26 mai. Les inscriptions pour ce dernier sont reçues par le Dr GARAND, clinique du château de Garches, 2, Grande-Rue, Garches (Seine-et-Oise) (tenue de ville).

La séance est levée à 18 heures 30.

Erratum

Au sommaire (page II) et au titre (page 346 du T. I, n° 3), lire : « Allen » et non « J. Alliez ».

Le secrétaire des séances,
P.-A. CHATAGNON.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 7 février 1952

Présidence : M^{me} SORREL-DÉJERINE, présidente

Sur un trouble sérieux associé à l'anxiété vestibulaire : la peur de la mort imminente, par M. J.-A. BARRÉ.

Observation d'une personne de 39 ans, qualifiée de « psychopathe » pendant presque vingt ans, qui se plaint de vertiges, de troubles de l'équilibre, à l'état de pures sensations. Puisqu'il n'est rien d'apparent, on doute d'elle et on ironise. Cette femme a en même temps la sensation presque constante de mort imminente, en dehors du coucher, de la station assise et du train, c'est-à-dire lorsqu'elle est debout ou marche : agoraphobie, anxiété, impression de mort imminente occupent sa vie. Elle a des troubles objectifs, des réactions vestibulaires : à son cou elle ressent des crampes fréquentes, des torticolis. La radiographie montre une excroissance volumineuse entre la 1^{re} dorsale et la 7^e cervicale.

La section des deux nerfs vertébraux a été faite, l'hyperostose éburnée (suite de fracture de l'enfance ?) également. Un appareil doit encore immobiliser son cou. Transformation notable et inappréciable de cet état.

Syndrome apracto-agnosique avec myoclonies spontanées et provoquées par la stimulation lumineuse. Etude clinique et électrographique, par MM. H. ROGER et H. GASTAUT.

Chez une malade agnosique, agraphique et hémiparétique, myoclonies avec secousses violentes asynchrones et arythmiques déclenchées par la stimulation lumineuse. Il s'y associait des troubles vestibulaires. L'encéphalographie a montré une atrophie corticale gauche. L'étude électro-encéphalographique de la stimulation lumineuse montre, à côté d'une réponse électro-

myographique simple, des réponses en rapport avec une stimulation corticale. Les auteurs posent la question de la possibilité d'une diffusion corticale d'un simple spasme palpébral.

Les possibilités des ganglioplégiques dans les syndromes cérébraux d'origine vasculaire, par MM. D. PETIT-DUTAILLIS et G. GUIOT.

Les auteurs ont essayé les ganglioplégiques dans sept cas de syndromes cérébraux d'origine vasculaire. Dans cinq cas, il s'agissait d'une ischémie et l'administration de substances ganglioplégiques a été associée à une position déclive de la tête. Dans deux cas, l'amélioration a été immédiate malgré l'existence de troubles d'une intensité suffisante pour ne pas être expliqués par un simple spasme : régression totale, mais le traitement a été institué très précocement. Dans trois autres cas, il est resté sans action, mais instauré beaucoup plus tardivement.

Dans un hématome entraînant de graves troubles de la conscience, l'association de la trépano-ponction et de l'examethonium a permis une guérison complète en quelques jours. Enfin, dans un cas d'éclampsie grave, le traitement a permis l'arrêt des crises sans agir sur le fonctionnement rénal. Ce ne sont là que les premiers essais, que les auteurs trouvent encourageants.

Hémiplégie post-sérothérapique,

par MM. R. THUREL, G. GRENIER, et LUTIER.

Observation d'hémiplégie post-sérothérapique chez un garçon de 14 ans. L'installation rapidement progressive dans le temps et dans l'espace de l'hémiplégie, la déformation du ventricule latéral témoignant d'une lésion qui tient de la place, la constatation d'un liquide céphalo-rachidien hémorragique, ne laissent aucun doute sur la nature de la lésion : il s'agit d'une hémorragie cérébrale et le mécanisme du processus hémorragique serait de même ordre que celui de l'urticaire.

Angiomes télangiectasiques du III^e ventricule,

par MM. P.-F. GIRARD, A. GARDE et M. DEVIC.

Les auteurs ont observé chez un malade l'installation progressive, en quelques années, d'un nystagmus, puis d'un hémisyndrome pyramidal gauche, d'un hémisyndrome parkinsonien droit, d'une obésité pléthorique, d'un état léthargique et fébrile. Il s'agissait d'une tumeur télangiectasique sous-épendymaire siégeant sous le III^e ventricule. Une étude histologique précise en a été pratiquée et les auteurs discutent les rapports d'un tel cas avec les angiomes caverneux.

Lésions thalamiques dans la myatonie du nourrisson,

par M. J. CRUNER et M^{me} E. BARGETON.

Les auteurs rapportent l'examen histologique de neuf cas de myatonie du nourrisson ayant entraîné le décès aux alentours de 3 mois. Ces lésions sont proches de celles de l'amyotrophie spinale infantile ; ce qui est très particulier, c'est la constance de lésions thalamiques, principalement au

niveau des noyaux externes, et postéro-ventro-latérales. Les noyaux de Goll et de Burdach sont intacts. Cette localisation n'existe dans aucune autre affection.

A propos d'un cas d'artérite nodulaire disséminée avec manifestations nerveuses hépatiques et cutanées. Etude anatomo-clinique, par MM. R. BÉNARD, R. KOURILSKI, A. GROSSIORD, J. CRUNER, et M. SAMSON.

Observation d'une malade de 48 ans qui, après sept mois d'asthénie, présentait un tableau de polynévrite fébrile et cachectisante avec manifestations ictériques à rechute et lésions ischémiques cutanées. Le diagnostic de péri-artérite noueuse avait été évoqué cliniquement, mais une biopsie cutanée avait paru l'écarter. Décès après seize mois d'évolution marquée par des poussées évolutives et des accalmies. L'examen anatomique devait montrer des lésions artérielles diffuses, offrant au niveau des artères cérébrales un aspect typique d'artérite nodulaire mais n'en présentant pas moins une grande variabilité et, dans l'ensemble, une tendance à l'atteinte des trois tuniques. Lésions importantes de névrite interstitielle, ramollissements corticaux et lésions de spongiose.

Un cas de malformation d'Arnold-Chiari avec ébauche de synostose occipito-atloïdienne, par MM. D. MAHOUDAU, S. DAUM et J.-B. TAVERNIER.

Observation d'un homme de 23 ans qui présentait, depuis un an, des crises de céphalée avec vertiges rotatoires et quintes de toux. A l'examen, atteinte des VIII^e et XII^e paires crâniennes gauches ainsi que des deux premières cervicales du même côté. Sur les radiographies : ébauche d'occipitalisation de l'atlas, confirmée par l'intervention. Celle-ci montre, de plus, un étranglement de l'amygdale cérébelleuse droite, tandis que l'amygdale gauche est enroulée en hélice autour du bulbe et comprime les racines. Une arachnoïdite complète la compression.

Douleurs d'un moignon d'amputation guéries par le blocage de la charnière lombo-sacrée. Découverte d'un kyste épidual. Le rôle des racines antérieures dans les causalgies, par MM. P.-F. GIRARD, A. RICARD et M. MASSON.

Observation tendant à démontrer le rôle du traumatisme et de la mobilité de la charnière lombo-sacrée dans la genèse des kystes épiduraux. Le syndrome causalgique ne dépend pas toujours de troubles réflexes, il peut être lié à des lésions irritatives des racines antérieures.

Périartérite noueuse simulant une polymyosite subaiguë,
par M. L. VAN BOGAERT et M^{me} A. RADERMECKER.

Observation d'un cas de périartérite noueuse chez une enfant de 11 ans. Début marqué par une adénopathie importante, une splénomégalie, un blocage des grosses articulations, puis syndrome de néphrite aiguë azotémique avec nodules sous-cutanés. On pense à une polymyosite, une biopsie musculaire est faite : il s'agit d'une périartérite noueuse typique. Un an plus

tard, ne persiste plus aucun symptôme, mais mort quelques mois après, dans un tableau d'insuffisance cardiaque et rénale. L'examen histologique montre des lésions anciennes cicatricielles correspondant à un processus de guérison anatomique de l'affection, mais ce processus entraîne, au niveau du cœur, des reins, du foie, un désordre fonctionnel, qui est d'un pronostic fatal.

Groupement français d'études de neuro-psycho-pathologie infantile

Séance du 17 mars 1952

Présidence : M. J. DUBLINEAU président

Troubles de la parole et électro-encéphalogramme, par MM. G. HEUYER et DELAGE.

L'examen électro-encéphalographique a été fait systématiquement dans 56 cas de troubles de la parole chez des enfants. Les auteurs sont amenés à classer ces cas en deux groupes.

Dans le premier, les troubles de la parole sont isolés, sans atteinte massive du système nerveux. Dans ces cas, l'électro-encéphalogramme est à peu près normal. Sont classés ici les cas de retards simples du langage, de surdité avec troubles du langage, de troubles de l'articulation.

Dans l'autre groupe, on doit ranger les troubles de la parole au cours des encéphalopathies infantiles. Dans ces derniers cas, on relève diverses désorganisations des tracés électriques.

Il apparaît donc que les troubles isolés de la parole chez l'enfant ne peuvent pas être compris comme des troubles lésionnels du système nerveux.

Sélection et formation des éducateurs de jeunes inadaptés, par M. PINAUD.

L'auteur étudie le mécanisme de sélection des rééducateurs qui suivent l'enseignement donné à l'Ecole Théophile-Rousselle, sous le contrôle de l'association régionale parisienne pour la sauvegarde de l'enfance. La sélection s'opère au cours d'un stage, où les aptitudes des candidats sont examinées : niveau de scolarité égale à la Seconde, quelle que soit la culture scolaire reçue, étude psychologique, examen psychiatrique, étude de la bio-

graphie. La décision d'acceptation intervient après discussion entre le psychiatre et le directeur de l'enseignement. Environ 50 % des candidats sont éliminés par cette sélection.

L'enseignement dure deux ans : dans la première année, l'enseignement est essentiellement théorique (psychologie, psychiatrie d'adultes et d'enfants, pédagogie, techniques éducatives). L'enseignement de la seconde année est complété par des stages pratiques, dont des consultations spécialisées et des internats de rééducation.

Discussion

Différents orateurs insistent sur la nécessité de l'établissement d'un diplôme officiel de rééducateur, qui donnera une valeur pratique à des études dont ils se plaisent tous à souligner le sérieux.

S. LEBOVICI.

Société française de psychologie

Séance du 4 novembre 1950

Présidence : M. E. MINKOWSKI, président

Espace conceptuel et espace de gestes,
par MM. J. DE AJURIAGUERRA et R. ZAZZO.

Une malade présentant un syndrome apraxique par intoxication oxycarbonée fut examinée deux mois après l'accident. Le symptôme qui a retenu surtout l'attention des auteurs est celui de l'accolement au modèle, du remplissage de l'espace vide, déjà décrit par Lhermitte, Lévy et Kyriaco en 1928, puis en 1935 par Mayer-Gross sous le nom de « closing in ». Il y aurait pour ce dernier auteur « peur de l'espace vide ». Cette explication semble insuffisante. Celle de Muncie (1938) : « difficulté d'exécuter la copie abstraite d'un modèle concret » est meilleure. L'analyse cinématographique réalisée dans le cas présenté par les auteurs et N. Granjon permet de penser à un déficit de la pensée relationnelle. La construction génétique de l'espace va des fondements archaïques de l'espace corporel jusqu'aux superstructures les plus récentes de l'espace conceptuel. Le film montre une récupération partielle des fonctions désintégrées par la maladie. La comparaison avec les phénomènes notés chez l'enfant permettrait peut-être de mieux définir les expressions d'intelligence concrète, d'intelligence abstraite et de débilité mentale.

Séance du 2 décembre 1950

Présidence : M. E. MINKOWSKI, président

Le pluralisme de la fonction symbolique,
par M. GURVITCH.

La sphère symbolique peut être considérée comme le terrain de rencontre entre philosophie, psychologie et sociologie. Il faut éviter les conceptions unilatérales des rapports entre le symbole et le symbolisé, qui sont incapables de montrer la complexité et la relativité de leurs rapports. En réalité, il faut parler d'une fonction symbolique qui se pluralise à l'infini et qui est multidimensionnelle. Il ne faut pas identifier symboles avec signes, signaux et expressions. En effet, les symboles sont toujours bien plus que chacun de ces éléments. Les symboles sociaux sont non seulement des signes d'ailleurs inadéquats mais aussi des instruments de participation. Définissant les symboles sociaux, l'auteur montre que la fonction symbolique s'exerce très largement dans la réalité sociale, liant entre eux les « phénomènes sociaux totaux » et les « phénomènes psychiques totaux », montrant l'impossibilité d'une séparation entre le mental et le social. Les symboles sociaux varient en fonction des sujets collectifs « émetteurs », des sujets collectifs « récepteurs », des conjonctures sociales et des types sociaux, des modifications des rapports entre le symbolisé et les symboles, des obstacles à franchir, des espèces différentes des symboles. La fonction symbolique a un caractère ambigu, ambivalent, lié à la condition humaine. Le caractère pluraliste et multidimensionnel de la fonction symbolique se confirme dans la possibilité de symboles à dominante intellectuelle (exemples : représentations collectives), ou à dominante affective, ou enfin à dominante active. Pour l'auteur, la fonction symbolique totale intègre le symbolisme psychanalytique. La fonction symbolique est inséparable de l'homme pris collectivement ou individuellement, l'homme étant d'abord un constructeur de symboles variés, dont la fonction est de maîtriser les situations conflictuelles ou de mieux les manier.

Séance du 6 janvier 1951

Présidence : M. GRASSÉ, président

L'activité électrique cérébrale en relation avec les grands problèmes psychologiques, par H. GASTAUT.

L'électro-encéphalographie « dynamique » ou fonctionnelle, dans laquelle on s'efforce de modifier l'activité électrique pour connaître les réactions à

des situations diverses, a déjà fourni d'utiles renseignements à la psychologie. On a pu montrer l'existence d'un comportement électro-physiologique visuel identique chez l'homme et chez l'animal, d'un cycle d'excitabilité très complexe succédant à chaque stimulation lumineuse. La provocation de l'épilepsie photogénique a permis d'intéressantes observations. Un rythme thêta paraît lié à l'émotion. En comparant électro-encéphalographie et électro-myographie, on a constaté que le mouvement volontaire se produit toujours au même point de la phase du rythme alpha spontané.

Séance du 3 février 1951

Présidence : M. GRASSÉ, président

Niveaux de la pensée conceptuelle et langage. Quelques données fournies par l'étude comparée des sourds muets et des entendants, par M. OLÉRON

On a soumis des sourds-muets à des épreuves de classement multiples pour éprouver leur aptitude à abstraire successivement un caractère d'un ensemble complexe. On observe la difficulté à passer d'un point de vue à un autre. Ce déficit serait dû à une sorte de globalisme de l'appréhension par manque de subordination des éléments perçus aux éléments d'ordre conceptuel. Ceci conduit à admettre dans l'exécution de l'épreuve deux niveaux : l'un conceptuel avec facilité de l'abstraction des aspects essentiels, possibilité d'un compte rendu logique de l'action ; l'autre perceptuel, avec comportements particuliers tels que recherche de l'identification des objets, pluralisme des points de vue. Cette interprétation est comparée aux conceptions de Goldstein dont elle diffère, en particulier, par le caractère normal, mais sans doute ontogénétiquement plus primitif, des comportements perceptuels. Le langage constitue un instrument essentiel permettant le développement de l'abstraction et, vraisemblablement, des formes les plus élevées de l'activité intellectuelle.

Séance du 3 mars 1951

Cérémonie du cinquantenaire de la société de psychologie.

Présidence : M. DAVY

**Cinquante ans de psychologie française,
par M. H. PIÉRON.**

C'est le 29 mars 1901 qu'eut lieu la première séance de la Société de psychologie. Elle était alors une section de l'Institut général psycholo-

gique, fondé par Serge Youriévitich. En 1906, elle devint autonome. Au cours d'un demi-siècle, l'orientation dominante des travaux s'est modifiée. Au début, la psychologie pathologique était prépondérante, puis le domaine s'élargit : psychologie sociale, infantile, animale, linguistique, esthétique, psychologie appliquée. A Paris, en 1900, trois hommes dominaient, constituant des centres d'activité : Janet, Binet, Toulouse. L'auteur retrace quelques traits essentiels de leurs tendances et rappelle des souvenirs personnels. Actuellement, s'observe un mouvement de reprise : électro-encéphalographie, cybernétique, psycho-chirurgie, psychologie animale, expérimentale, psychotechnique, se développent. Par contre, la psychologie universitaire est en retard. Il faudrait la rénover. De même, on doit regretter l'absence de cours de psychologie dans les Facultés de médecine. Malgré ces restrictions, le bilan des cinquante dernières années est positif ; pour la plupart, les promesses ont été tenues.

Psychologie et biologie,
par M. GRASSÉ.

Les deux disciplines s'interpénètrent profondément. La notion d'évolution anatomique doit être complétée par celle d'évolution du comportement. Même sous sa forme élémentaire, la matière vivante manifeste un ensemble de réactions ou comportement qu'on peut qualifier de psychisme. Il y a unité du monde animal. Le système nerveux reste étroitement soumis aux modifications humorales et aux conditions extérieures. Les rapports de la biologie et de la psychologie ne se limitent pas au seul domaine de la physiologie. La psychologie comparée, légitimée par la certitude évolutionniste, a devant elle un champ de recherches varié et fécond. D'autre part, la biologie a passé de l'étude de l'individu à celle du groupe. L'analyse des comportements animaux et humains, des fonctions mentales, des liaisons sociales, est appelée à acquérir une grande importance car, si elle ne peut révéler le pourquoi de la vie, elle aura le pouvoir de donner à celle-ci un sens digne de l'homme.

V.-J. DURAND.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 29 mars 1952

Présidence : M. R. LEY, Président

Enseignements d'un an de pratique des injections thérapeutiques intra-cérébrales non mutilantes et non nécrosantes, par M. Paul ABÉLY (de Paris).

Le conférencier apporte le bilan de douze mois de pratique des injections intra-cérébrales qu'avec son collaborateur P. Guyot il applique au traitement de divers syndromes psychopathiques. Il rappelle la technique de l'intervention, déjà exposée au récent congrès de Rennes, et perfectionnée depuis, pour assurer la plus grande immobilité de l'aiguille, qui permet d'infiltrer le centre ovale préfrontal de diverses substances médicamenteuses. Celles-ci diffusent à la fois vers les formations d'encéphaliques et vers l'écorce. Les substances utilisées sont loin d'être identiques dans leur action et elles semblent avoir chacune des indications. Ce sont, à peu de chose près, les mêmes types de malades que ceux qui sont influencés par la psycho-chirurgie, qui réagissent à la méthode.

Cette mise au point, après 175 interventions, apporte certains enseignements, à la fois techniques, physiologiques, thérapeutiques et cliniques. En regroupant ses dossiers, ses observations, ses échecs et aussi ses succès, l'auteur estime que cette technique mérite d'être poursuivie.

Suicide de l'hystérique par M. Ch. ANDERSEN.

Relation des cas de deux malades de 56 et de 63 ans qui avaient présenté pendant toute leur vie des troubles psycho-névrosiques pouvant être interprétés comme une sorte de refuge dans la maladie. Ils avaient fait notamment de fréquentes menaces spectaculaires de suicide. Ayant dû abandonner leur névrose sous la pression des circonstances, ils ont réalisé la faillite de leur existence et ce retour sur eux-mêmes les a conduits au suicide rationnel.

Hémiplégie organique améliorée par le traitement convulsivant, par M. A. LEROY.

Une femme de 58 ans, hypertendue, atteinte depuis un an d'hémiplégie gauche avec contracture consécutive à deux ictus successifs et présentant un état dépressif, a vu ses troubles organiques et psychiques améliorés par treize électro-chocs. De là à conclure que l'hémiplégie constitue désormais une indication de l'électro-choc, il n'y a qu'un pas.

J. LEY.

Société belge de neurologie

Séance du 29 mars 1952

Présidence : M. J. DAGNELIE, président

Tumeurs cérébrales et rachianesthésie, par MM. J. VAN LAERE et A. SAMIN.

Présentation de trois malades qui ont été opérés avec succès de tumeurs cérébrales graves volumineuses et très vascularisées, grâce à la rachianesthésie percaïne fractionnée (méthode de Sebrechts) qui entraîne des modifications neuro-végétatives favorables : hypotension (contrôlée au cours de l'intervention), ralentissement du pouls et de la respiration, abaissement thermique. La réduction considérable des hémorragies opératoires, la diminution de l'hypertension intracrânienne à tous les étages, la diminution de l'œdème, la sédation des phénomènes d'agitation, la prévention de l'hyperthermie post-opératoire, tels sont les avantages de cette méthode.

Deux cas de périartérite noueuse, par MM. R. BOGAERT, J. MAEKEN et G. TVERDY.

Présentation d'un homme de 62 ans et d'une femme de 57 ans atteints aux quatre membres de nodules cutanés douloureux avec érythème et paresthésies. La biopsie d'un nodule montre l'infiltration périartérielle très importante et les lésions de la média caractéristique de la périartérite noueuse. Discussion de la signification de ces lésions.

A propos de trois cas de tumeurs du corps calleux, par M. P. VAN GEUCHTEN.

L'auteur rappelle la rareté de cette localisation et la pauvreté des symptômes dus à la lésion du corps calleux lui-même. Les cas qu'il décrit confirment que la symptomatologie dépend surtout des lésions de voisinage, et que le syndrome du corps calleux comporte le plus souvent des troubles mentaux très importants. Le diagnostic clinique est toujours difficile.

Polymyosite subaiguë et périartérite noueuse, par M^{me} RADERMECKER et M. L. VAN BOGAERT.

Relation du cas d'une enfant dont l'affection débuta brutalement par une angine rouge avec engorgement ganglionnaire et œdème de la face, gonflement des parotides puis symptômes myo-articulaires de plus en plus nets. Des nodules intradermiques apparus trois semaines après le début

permirent le diagnostic, et la malade présentait simultanément des crises épileptiques. Deux mois après la malade paraissait guérie, mais à l'occasion d'une angine elle mourut rapidement de blocage rénal. Il subsistait un état de thrombo-angéite oblitérante très grave.

Description de préparations microscopiques montrant la sclérose à tendance oblitérante de l'endartère et les lésions de myosite avec dissociation des fibres par l'œdème.

Syndrome parkinsonien d'origine tumorale,
par MM. C. COERS, F. KLEYNTJENS et J. BRIHAYE.

Etude histologique du cas d'un homme de 47 ans qui, huit mois après un traumatisme, présentait un syndrome d'allure parkinsonienne avec maux de tête. Le sujet, atteint d'endocardite mitrale, décéda assez rapidement dans un état confusionnel. Il s'agissait d'une tumeur du lobe frontal détruisant la tête du noyau caudé. A part des lésions discrètes dans les noyaux lenticulaires, les noyaux gris et le *locus niger* étaient intacts. Discussion de la pathogénie de ce syndrome rigide avec tremblements.

Exérèse de tumeurs cérébrales de petite dimension à l'occasion de la cure chirurgicale d'épilepsies focales, par M. J. ACHSLOGH.

Exposé de trois cas dans lesquels l'électro-corticographie avec exploration en profondeur a permis de découvrir et d'enlever de petites tumeurs que rien n'avait permis de suspecter à l'électro-encéphalographie ni aux examens cliniques.

La symptomatologie était restée exclusivement épileptique pendant un an et demi chez un enfant de 8 ans, trois ans et demi chez une jeune fille de 21 ans, et deux ans et demi chez un homme de 35 ans. L'auteur insiste sur l'intérêt de l'électro-corticographie, qui rend possible des interventions précoces, et qui permet un contrôle post-opératoire efficace.

J. LEY.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

NEUROLOGIE

Syndrome apico-costo-vertébral douloureux et compression médullaire par échinococcose osseuse, par J. EUZIÈRE, R. LAFON, Cl. GROS, J.-L. FAURE, J. CADILHAC et G. MARIN. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 2 juin 1950).

Observation d'échinococcose costale et vertébrale cervico-dorsale ayant évolué cliniquement en trois temps : radiculaire, droit, puis gauche, compression médullaire. Image radiologique typique de cancer du sommet du poulmon. Malade opérée dix-huit ans auparavant d'un kyste hydatique du foie et présentant un Bordet-Wassermann positif. Discussion du mécanisme de production des manifestations neurologiques dans l'échinococcose rachidienne et dans les tumeurs à point de départ pulmonaire.

R. C.

Torulose du système nerveux central : acquisitions récentes, par William H. MOSBERG Jr et Gui COURTOIS (de Montréal). (*L'encéphale*, 1951, n° 6).

Maladie inflammatoire chronique, la torulose du système nerveux central est due à l'invasion par un champignon, le *cryptococcus neoformans*. Le premier cas en a été décrit pour la première fois en 1905 par D. von Hansemann. Plus de 200 cas en ont maintenant été rapportés. Les auteurs en indiquent les manifestations (cliniquement peu caractéristiques), le diagnostic ne pouvant être fait du vivant du malade que par la biopsie, la culture du tissu nerveux ou la démonstration du *cryptococcus neoformans* dans le liquide céphalo-rachidien. Ils étudient le comportement biochimique de ce champignon, les résultats de l'inoculation à la souris. Il n'existe aucun traitement d'efficacité constante contre la torulose du système nerveux. Les auteurs passent en revue les moyens thérapeutiques employés et les résultats obtenus. Ce mémoire se termine par une importante bibliographie.

R. C.

Réactions méningées latentes découvertes par la ponction lombaire systématique au cours de la primo-infection tuberculeuse récente, par F. SIGUIER, J. WELTI, NODEY et HERMAN. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 12 mai 1950).

Deux observations, qui posent le délicat problème pronostique et thérapeutique des réactions méningées latentes au cours de la primo-infection tuberculeuse. Il s'agit, dans l'un et l'autre cas, de jeunes filles dont la cuti-réaction tuberculinique venait de virer récemment. L'une présentait une certaine altération de l'état général, l'autre un érythème noueux. Aucune ne présentait d'image de miliaire, ni de signes de la série méningée, ni tubercule de la choroïde, et la ponction lombaire fut pratiquée par hasard dans le premier cas, systématiquement dans l'autre. Le liquide céphalo-rachidien présentait dans les deux observations une franche réaction lymphocytaire, qui se vérifia à plusieurs reprises en l'absence de tout épisode pathologique surajouté et de tout traitement, et le bacille de Koch fut retrouvé par culture chez l'une des deux malades. Ces faits, que les auteurs rapprochent d'observations comparables de MM. Debré et E. Bernard et collaborateurs, soulèvent de nombreux problèmes, d'ordre nosologique, concernant l'interprétation exacte de ces épisodes méningés lymphocytaires chez les tuberculeux, et, surtout, d'ordre thérapeutique. Les auteurs se sont bornés dans leurs deux cas à l'administration de streptomycine par voie générale, de crainte que des injections intra-rachidiennes ne viennent troubler la formule lymphocytaire du liquide. Ils posent les questions suivantes ; fréquence réelle de ces réactions méningées latentes au cours de primo-infection d'allure banale ; leur pronostic propre ; légitimité du traitement streptomycinique ; voie d'introduction de l'antibiotique et durée du traitement.

L. R.

Hématome cérébral au cours d'une endocardite maligne subaiguë à entérocoques, par R. MOREAU, R. CLER, PÉPIN et M^{lle} GOBET. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 2 février 1951).

Malade de 21 ans, entrée dans le service dans un état de torpeur progressif confinant au coma, avec un syndrome méningé. On découvre un hématome intra-cérébral, évacué par ponction d'abord et chirurgicalement ensuite par M. Le Beau. Suites opératoires normales, amélioration intellectuelle immédiate, disparition des signes méningés rapide. Mais il persiste de la fièvre à 38°, de l'anémie, de la splénomégalie chez cette jeune femme atteinte d'une endocardite mitrale d'origine rhumatismale, datant de l'enfance. Des hémocultures montrent à deux reprises l'existence dans le sang d'un entérocoque typique peu sensible à la pénicilline, même associée à la streptomycine.

Un traitement par l'auroéomycine amène la disparition de la fièvre, la réparation de l'anémie et une amélioration complète de l'état général, avec retour de la vitesse de sédimentation à la normale et hémoculture négative. Il y a lieu de surveiller hématologiquement le traitement par l'auroéomycine qui, dans ce cas, associée à la pénicilline, a amené rapidement la guérison d'une maladie d'Osler à entérocoques et a fait craindre, momentanément, une agranulocytose.

R. C.

Syndrome neuro-œdémateux de l'adulte d'origine arsenicale, par P. BOULET, H. SERRE, G. VALLAT et R. LABAUGE. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 16 juin 1950).

Syndrome neuro-œdémateux de l'adulte avec œdème de la face initial, puis polynévrite sensitivo-motrice de localisation chéiro-podale. La recherche systématique d'arsenic dans les urines et dans les cheveux mit en évidence un arsenicisme subaigu en pleine évolution. Le syndrome neuro-œdémateux de l'adulte n'est pas entièrement superposable à celui du nourrisson décrit par Debré et Julien Marie. Des facteurs divers, infectieux et toxiques, peuvent être la cause de perturbations végétatives et cérébro-spinales enregistrées. On doit suspecter l'origine arsenicale de toute polynévrite observée dans une région vinicole et qui ne fait pas sa preuve étiologique. Les auteurs étudient encore l'élimination urinaire de l'arsenic en fonction du traitement par le B.A.L.

L. R.

Encéphalopathie post-abortum : renseignements pathogéniques fournis par l'électro-encéphalographie, par MERGER, MAZARS et LEGROS. (*Bull. de la Société de gynécologie et d'obstétrique*, séance du 6 mars 1950).

Observation de coma avec quadriplégie consécutive à des manœuvres abortives. L'évacuation du contenu utérin amena une rétrocession des paralysies de façon progressive et inégale. Les auteurs émettent l'hypothèse que cet accident puisse être dû à une thrombose secondaire embolique à point de départ pelvien avec passage par les veines vertébrales.

R. C.

Révision du syndrome de Mills, par Paul COSSA, MARTIN, LOMBARD, HEMMI et M^{lle} DUCOS (de Nice). (*La Presse médicale*, 26 mars 1952).

Mills a décrit en 1899, puis précisé avec Spiller, un syndrome caractérisé par une hémiplégie lentement progressive, commençant toujours par un pied, qui se bilatéralise secondairement et dont l'évolution s'échelonne sur plusieurs décades. Ce syndrome est considéré comme d'origine spinale et connu, par les neurologistes français, sous le nom de « paralysie spinale ascendante progressive ».

A l'occasion de cinq observations nouvelles et reprenant les observations déjà publiées, les auteurs montrent : 1° anatomiquement, que l'origine de la maladie est non spinale mais cérébrale, corticale ; 2° cliniquement, que si l'hémiplégie est bien ascendante, elle se bilatéralise secondairement ; les signes pyramidaux s'accompagnent de signes parapyramidaux (aire 6) et d'atrophie ; il existe presque constamment des signes à localisation céphalique ; 3° que l'origine paraît abiotrophique. Le syndrome de Mills serait à la paraplégie sénile ce que la maladie de Pick est à la démence sénile : un syndrome parallèle, réalisé non plus par l'usure normale de la sénescence, mais par l'épuisement prématuré du capital natif en cellules nerveuses.

L. R.

Syndromes neurologiques post-traumatiques (Sindromes neurologicos pos taumaticos), par Benjamin B. SPOTA. (*Revista de Psiquitria y Criminologia*, Buenos-Aires, 15^e année, n° 75, avril-juin 1950, p. 101-115).

L'auteur reprend la question discutée des séquelles neurologiques des traumatismes affectant le système nerveux central et périphérique. Il décrit d'abord les phénomènes psycho-génétiques, exposant les diverses théories formulées sur le déterminisme de ces faits. Les troubles physiopathiques sont ensuite étudiés et discutés. Enfin, un chapitre est consacré aux tableaux cliniques post-commotionnels et à la contusion cérébrale durable. Dans l'étude de tous ces symptômes, il faut rechercher les facteurs constitutionnels pré-traumatiques et les incidents pathoplastiques. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Convulsions d'origine spasmodique chez un nourrisson de 6 mois, par Maurice LAMY, M^{lle} M.-L. JAMMET, J. DUBRISAY et LOUBRY. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 18 avril 1950).

Observation d'un nourrisson, qui à 1 mois 1/2, présenta des convulsions fréquentes, d'abord attribuées à l'épilepsie. Le taux du calcium sanguin, la coexistence d'un rachitisme, et les bons effets immédiats et durables de la vitamine D2 firent admettre l'origine spasmodique des convulsions.

L. R.

Un cas de spasmus nutans, par M^{lle} Jeanne DELON (de Casablanca). (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 18 avril 1950).

Observation de spasmus nutans survenu à la suite d'une varicelle, que l'auteur attribue pour cette raison à une encéphalite.

L. R.

Hémiplégie cérébrale chez un nourrisson de 18 mois par méningo-encéphalite, par J. PELLEGRIN, M. A. D'OELSCHITZ et Th. GIOANNI (de Nice). (*Bull. de la Société française de dermatologie et syphiligraphie*, séance du 9 novembre 1950).

Au cours d'une syphilis congénitale insuffisamment traitée et avec retard psycho-moteur, apparition brutale à 18 mois d'une hémiplégie droite avec aphasie et troubles de méningo-encéphalite. Amélioration préempte par le traitement spécifique. La sœur jumelle (deux placentas) est indemne. Ce cas illustre la valeur préventive pour de tels accidents d'un traitement précoce de la syphilis héréditaire.

L. R.

Importance de l'âge dans la production des syndromes du noyau rouge (Importancia de la edad en la producción de los síndromes del núcleo rojo), par J. O. TRELLES et S. D. ROEDENBECK. (*Revista de Neuro-Psiquiatria*, Lima, T. XIII, n° 2, juin 1950, p. 161-201).

Les auteurs rapportent de façon détaillée douze observations personnelles de syndromes alternes du noyau rouge, dont quatre avec vérification ana-

tomique. Analysant et discutant les signes fondamentaux, notés dans les lésions localisées à la calotte pédonculaire et touchant la moitié inférieure du noyau de Stilling, ils envisagent les problèmes physiopathologiques des mouvements involontaires, des troubles de la coordination et des altérations du tonus, des symptômes moteurs déficitaires. Il paraît possible d'admettre une relation entre le degré de maturité du noyau rouge et le tableau clinique observé, des lésions identiques déterminant le syndrome de Benedikt chez les enfants de moins de 7 ans et le syndrome de Claude chez les adultes. L'enfant est plus touché que l'adulte ; l'homme que la femme. Une importante bibliographie termine ce mémoire.

V.-J. DURAND.

A propos de trois cas de sclérose en plaques familiale, par J. EUZIÈRE, P. PAGÈS, R. LAFON, J. MIROUZE et J. SALVAING (de Montpellier). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, septembre 1951).

Syndrome de sclérose multiloculaire chez trois membres d'une même famille, père, fils et fille, semblant avoir existé également chez trois de leurs ascendants. Rapprochant ces observations de la maladie de Pierre Marie et plus encore de la forme d'hérédotoxie décrite par Pilon et Tiffeneau, laquelle comporte un syndrome de Parinaud, les auteurs considèrent ce diagnostic comme probable chez les trois malades. Ils concluent à la nécessité de reconsidérer le problème de la sclérose en plaques familiale, ce diagnostic pouvant être évoqué alors qu'il peut s'agir d'une affection héréditaire entrant dans le cadre des dégénérescences spino-cérébelleuses ou de la maladie de Pelizaeus-Merzbacher.

R. C.

Répartition géographique de la sclérose en plaques, par René FELBER (de Bâle). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LXV, 1/2 1950).

Exposé de la répartition de cette maladie dans les quatre continents principaux d'après les travaux de Bing, Reese et Ackermann. D'une manière générale, elle est plus répandue dans le nord, tant aux Etats-Unis qu'en Europe. Cette constatation se vérifie même dans un petit pays comme la Suisse. Dans les autres parties du monde, elle est plus rare. Les facteurs climatiques paraissent donc jouer un rôle important dans l'écllosion et l'évolution de cette maladie. Une publication américaine des plus récentes signale une accentuation des symptômes par temps froid et humide ; le climat doux et sec, au contraire, exerce un effet salutaire (diminution des épisodes aigus et meilleures possibilités d'amélioration).

H. BERSOT.

Les paraplégies tabétiques, par H. ROGER et J. PELLEGRIN (de Marseille). (*L'encéphale*, 1951, n° 6).

Exposé historique, clinique, des types séméiologiques, de la physiopathologie et du traitement de ces paraplégies tabétiques rares, présentant en général le type de paraplégie flasque, plus rarement celui de paraplégie spasmodique en flexion et que les auteurs considèrent comme souvent consé-

cutives à une vascularite syphilitique. Travail basé sur l'étude de 683 observations de tabès recueillies à la Clinique des maladies nerveuses de la Faculté de médecine de Marseille, sous la direction du professeur H. Roger, pendant les trente dernières années.

R. C.

Paraplégie d'allure neuro-anémique et d'installation aiguë, consécutive à une hémorragie massive au cours d'une pneumonectomie, par P. CHALNOT, P. MICHON, et J. LOCHARD. (*Bull. de la Société de médecine de Nancy*, séance du 10 mai 1950).

Au cours d'une pneumonectomie pour épithélioma bronchique, les difficultés de libération entraînent une plaie de l'oreillette droite avec hémorragie massive. Une perfusion de 6,5 litres et la suture de la plaie cardiaque rétablissent la situation. A la suite de l'intervention, paraplégie flasque totale avec rétention, mais conservation relative des sensibilités cutanées, principalement au tact. Ultérieurement, s'ébauche une très lente et partielle récupération de la mobilité et des réflexes, mais les sensibilités profondes restent abolies comme dans un syndrome de Lichtheim. Il y a tout lieu de penser à une pathogénie par ischémie passagère de la moelle.

L. R.

Le diagnostic différentiel et le traitement de la myélopathie, par T. V. LEHOCZKY (de Budapest). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LXV, 1/2 1950).

Après quelques précisions sur la dénomination de cette maladie qui, en plus de l'anémie pernicieuse, peut avoir une étiologie toxi-infectieuse, vasculaire ou mécanique, l'auteur fait part des résultats acquis par l'étude de 156 cas observés dans son hôpital. Il relève la similitude clinique et anatomo-pathologique des formes aiguës et chroniques et analyse en détail leur diagnostic différentiel. Les formes toxi-infectieuse et vasculaire, dont il traite exclusivement, ont aussi une symptomatologie semblable. Parmi les divers modes de traitement, il recommande la vitamine B1, conjointement à l'atrophos ou à l'extrait hépatique.

H. BERSOT.

Sur le début de la poliomyélite sporadique à forme paralytique, par DEPARIS. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 27 juin 1950).

L'auteur fait observer que, dans certains cas de poliomyélite à forme sporadique observés pendant l'hiver 1949-1950, tout s'est passé comme si le délai séparant la date de la contamination probable et l'apparition des paralysies dépassait un mois. Il peut s'agir d'une incubation prolongée ou du port précoce d'ultra-virus. D'autre part, la période d'invasion peut être assez longue et dépasser dix jours. Il n'est pas encore possible de préciser la proportion exacte de ces cas particuliers ni leur importance relative.

R. C.

Etiologie de la poliomyélite antérieure aiguë (Etiologia de la poliomyelitis anterior aguda), par Mario MENDEZ. (*Revista de Neuro-Psiquiatria*, Lima, T. XIII, n° 2, juin 1950, p. 202-222).

D'une étude étendue de la littérature, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : la poliomyélite antérieure aiguë est provoquée par un groupe de virus à caractères communs, mais qui peuvent être immunologiquement différents. D'autres virus voisins peuvent produire une symptomatologie comparable, mais avec des troubles plus étendus. Les facteurs conditionnant la sensibilité du sujet sont encore mal connus. L'âge et le sexe jouent un rôle important. Il faut envisager aussi : la race, l'état nutritif, l'équilibre endocrinien, la présence possible de métabolites essentiels pour le développement du virus, l'action adjuvante d'autres virus, les saisons. Le réservoir est l'être humain. Diverses espèces animales présentent des paralysies aiguës, mais les liens avec la poliomyélite humaine sont peu connus. Pour la contamination, l'auteur donne la préférence à la voie respiratoire, mais admet aussi les voies digestive et cutanée. Une importante bibliographie termine ce rapport aux Journées commémoratives du 10^e anniversaire de la Société de neuro-psychiatrie de Lima.

V.-J. DURAND.

PSYCHANALYSE

Le chahut à l'école, par René ALLENDY. (*Revue française de psychanalyse*, janvier-mars 1948).

Intéressants aperçus sur la nature du chahut en quelque sorte imposé aux élèves, dont la psychologie collective sert de détecteur aux tendances affectives plus ou moins inconscientes du professeur.

Un professeur habituellement chahuté souffre de conflits psychiques dont les éléments primordiaux sont avant tout d'ordre sado-masochiste, avec un accompagnement habituel d'homo-sexualité et d'exhibitionnisme. Mais l'élève chahute aussi avec ses propres complexes.

M. LECONTE.

Spécificité des facteurs psychologiques dans les troubles végétatifs, par Franz ALEXANDER (de Chicago). (*L'encéphale*, 1951, n° 6).

Des études cliniques effectuées en particulier à l'Institut de psychanalyse de Chicago, l'auteur conclut à des rapports spécifiques étroits entre les divers états psychiques et les réactions somatiques correspondantes. De telles constellations psychodynamiques sont ici résumées pour l'ulcère duodénal, les différentes formes de colite, l'asthme bronchique, les rhumatismes articulaires, la thyroétoxicose, l'hypertension artérielle, l'eczéma et les dermatonévroses. L'auteur a tendance à ajouter à cette liste le diabète. Procédant actuellement à des expérimentations préliminaires et à l'étude des problèmes de méthodologie, l'auteur souhaite que des expériences similaires soient entreprises par d'autres centres de recherches psychosomatiques.

R. C.

Les manifestations cliniques de l'agressivité et leur rôle dans le traitement psychanalytique, par S. NACHT. (*Revue française de psychanalyse*, juillet-septembre 1948).

Les manifestations cliniques de l'agressivité peuvent être directes (sadisme érotique, sadisme moral, crime homicide, impulsion de l'aliéné, principalement du schizophrène) ou indirectes, déguisées (elles sont alors présentes dans toutes les psycho-névroses et s'expriment dans les états caractériels, phobiques, obsessionnels, dépressifs, paranoïaques, sexopathiques, somatiques).

Après avoir étudié successivement ces états, l'auteur émet quelques vues thérapeutiques et prophylactiques car le problème de l'agressivité se pose à chaque pas du traitement psychanalytique. Ses modalités sont également envisagées, mais la transformation du besoin d'agression en force constructive ne peut se faire que sous l'influence de l'amour maternel ; aussi l'auteur conclut-il avec Huxley : « Donnez-moi de bonnes mères, et je vous ferai un monde meilleur. »

M. LECONTE.

L'agressivité en psychanalyse, par Jacques LACAN. (*Revue française de psychanalyse*, juillet-septembre 1948).

Ayant laissé à M. S. Nacht, l'étude de l'agressivité en clinique et en thérapeutique, M. Lacan se propose de discuter le fait de savoir si l'on peut se former de l'agressivité une notion ou concept tel qu'il puisse prétendre à un usage scientifique, c'est-à-dire, à objectiver des faits d'un ordre comparable dans la réalité : « plus catégoriquement à établir une dimension de l'expérience dont les faits objectivés puissent être considérés comme des variables ».

De ce point de vue, l'auteur envisage les cinq thèses suivantes, à savoir :

L'agressivité se manifeste dans une expérience qui est subjective par sa constitution même ; l'agressivité, dans l'expérience, nous est donnée comme intention d'agression et comme image de dislocation corporelle, et c'est sous de tels modes qu'elle se démontre efficiente ; les ressorts d'agressivité décident des raisons qui motivent la technique de l'analyse ; l'agressivité est la tendance corrélatrice d'un mode d'identification que nous appelons narcissique et qui détermine la structure formelle du moi de l'homme et du registre d'entités, caractéristique de son monde ; enfin, une telle notion de l'agressivité comme l'une des coordonnées intentionnelles du moi humain, et spécialement relative à la catégorie de l'espace, fait concevoir son rôle dans la névrose moderne et le malaise de la civilisation.

M. LECONTE.

Aggressivité et délire, par le professeur Dr L. VAN DER HORST (d'Amsterdam). (*L'évolution psychiatrique*, octobre-décembre 1950).

Cette étude montre que « agression et délire sont deux dans le produit, le « parfait » d'un mode d'expérience pour lequel les projets du monde et l'image de l'homme suscitée par la rencontre sont déterminants de la réponse à l'appel de cette rencontre ». L'auteur souligne, en conclusion, qu'il a simplement recherché la réponse au problème existentiel du bien phénoménologique, qui relie l'agression au délire.

M. LECONTE.

De l'homosexualité à la jalousie, par Daniel LAGACHE. (*Revue française de psychanalyse*, juillet-septembre 1949).

Cette communication repose sur un fragment de l'analyse d'un cas d'homosexualité masculine avec impuissance traité avec succès. Le sujet, sous l'influence de l'analyse, fit ses premières tentatives hétéro-sexuelles et un état de jalousie, bref et violent, apparut. L'auteur l'explique comme une résistance contre le transfert d'une homo-sexualité passive, plus profonde et plus enracinée que l'homo-sexualité « pseudo-active » du comportement extérieur. La fixation homo-sexuelle passive du père avait été déterminée en partie par la carence paternelle dans l'éducation du patient.

M. LECONTE.

Introduction à l'étude clinique du narcissisme, par J. LEUBA. (*Revue française de psychanalyse*, octobre-décembre 1949).

Dans cet article clinique consacré au narcissisme, l'auteur réserve le chapitre premier au narcissisme biologique et au narcissisme primaire. Le narcissisme secondaire fait l'objet du second et l'érudition de l'auteur émaille de façon intéressante l'exposé qui envisage également les instruments du narcissisme et ses localisations.

M. Leuba amorce aussi sa description d'un syndrome narcissique caractérisé par un symptôme important : le trébuchement, non encore décrit.

M. LECONTE.

A propos du traumatisme sexuel chez la femme, par S. LEBOVICI (*L'évolution psychiatrique*, juillet-septembre 1951).

Dans cet article, où les traumatismes sexuels sont quelque peu dévalorisés, l'auteur étudie trois problèmes principaux touchant à la valeur qu'il convient d'attribuer aux reconstitutions historiques faites au travers des traitements analytiques, à l'importance du traumatisme fondamental de la constatation de l'absence du pénis et à l'existence de phantasmes, dont le caractère élaboré semble incroyable au regard des données les plus élémentaires de la psychologie génétique de l'enfant ?

L'auteur, tirant en fin d'article quelques conclusions pratiques, a utilisé d'assez nombreuses observations du service du professeur Hucuyer et du Dr Amado, du Centre d'observation de Vitry.

M. LECONTE.

A propos de trois cas d'anorexie mentale, par O. CODET. (*Revue française de psychanalyse*, janvier-mars 1948).

Observations cliniques de trois cas d'anorexie mentale à point de départ semblable : fixation vive et inassouvie à la mère. Il s'agit de trois fillettes respectivement de 3 ans 1/2, 9 ans 1/2 et 15 ans 1/2. L'attitude parentale paraît évidente dans la genèse comme dans la guérison. On y voit la complexité croissante des conflits avec l'âge du sujet et l'on doit aussi se demander, comme Mme Morgenshiern le faisait jadis observer, si la vraie solution ne serait pas la psychanalyse des, ou d'au moins de l'un des parents.

M. LECONTE.

Gabrielle. Un cas de bégaiement guéri par la méthode du jeu projectif, par Marguerite LOOSLI-USTERI (de Genève). (*L'encéphale*, 1951, n° 6).

Observation détaillée de psychothérapie du bégaiement par la méthode du jeu projectif chez une fillette de 8 ans, guérie après 26 séances de jeu symbolique thérapeutique en présence du psychothérapeute qui le commentait, le stimulait au besoin et y participait selon le désir de l'enfant. Considérations sur la technique, le mécanisme et les résultats du jeu symbolique.

R. C.

Réflexions sur la guérison d'une schizophrénie par la « réalisation symbolique », par Ch. ODIER. (*L'évolution psychiatrique*, juillet 1949).

Cet article a pour but de souligner le grand intérêt que présente, aux yeux de l'auteur, la méthode thérapeutique inaugurée par Mme Sechchaye. Il précise sa conception de l'inter-symbolisme.

M. LECONTE.

Schéma psychanalytique de l'appareil psychique et de ses processus, par D. DRACOUIDES (d'Athènes). (*L'évolution psychiatrique*, janvier-mars 1951).

Présentation d'un tableau synoptique de la structure de l'appareil psychique, indiquant la corrélation entre Ça-Moi-Surmoi ainsi que celle entre Surconscient-Préconscient-Conscient, tout en signalant sur le même schéma la topographie des principaux processus psychiques ainsi que le champ d'activité de la psychanalyse thérapeutique.

M. LECONTE.

Psychanalyse et métaphysique, par Beppino DISERTORI (de Padoue). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LXV, 1/2 1950).

L'auteur montre la contribution apportée par la psychanalyse à l'anthropologie et à la métaphysique. Elle réduit à néant les théories de l'épiphénoménalisme et du parallélisme en mettant en évidence l'unité psychosomatique de l'être humain. Elle met en lumière la primauté du conscient sur le subconscient. Quelque matérialiste que soit son attitude, Freud reconnaît lui-même implicitement, comme malgré lui, à côté du soma, la réalité indéniable de l'âme. C'est là la plus sûre acquisition métaphysique de la psychanalyse.

H. BERSOT.

ANATOMIE

A propos des coagulations thérapeutiques sous-corticales. Etude topographique du système ventriculaire en fonction des noyaux gris centraux, par J. TALAIRACH, J. DE AJURIAGUERRA et M. DAVID. (*La Presse médicale*, 14 juin 1950).

Intéressante étude anatomique qui a pour but de montrer l'existence de rapports étroits entre certaines images du système ventriculaire et diverses portions des noyaux gris centraux. Elle apporte les bases anatomiques d'une nouvelle neuro-chirurgie sous-corticale permettant, en particulier, la coagulation thérapeutique de ces différentes formations, grâce à l'emploi de longues électrodes dirigées suivant des repères étudiés en évitant les larges trépanations et les délabrements considérables de substance cérébrale que nécessiterait une voie d'abord à ciel ouvert.

Dans le domaine de la psycho-chirurgie, la coagulation des fibres thalamo-frontales des noyaux dorso-médians du thalamus permet aux auteurs de s'élever contre la théorie de Freemann et Watts, qui considère ces formations comme le support des phénomènes physiologiques qui sous-tendent l'anxiété. Par contre, les noyaux antérieur et antéro-ventral du thalamus leur paraissent jouer un rôle plus important. Mais ce n'est qu'à la suite d'une longue expérience désormais possible que l'on pourra espérer apporter quelques lumières à des problèmes encore obscurs. 15 figures.

R. C.

Connections efférentes de la région préfrontale humaine avec rapport sur les faisceaux frontaux hypothalamiques, par E. BECK, A. MEYER et J. LE BEAU (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 14, n° 4, novembre 1951, p. 295).

L'étude anatomo-pathologique a été faite au moyen de la méthode à l'argent ; elle porte sur un cas de topectomie de l'aire 10. Les résultats ont été comparés à ceux relevés dans un cas de leucotomie pratiquée au niveau des aires 9 et 10.

Les systèmes de fibres qui partent de l'extrémité du pôle frontal sont très peu nombreux. Ils se réduisent à une projection vers le noyau dorso-médian du thalamus, à quelques courtes fibres d'association avec le cortex pré-frontal adjacent, à quelques fibres calleuses et à une légère contribution au faisceau longitudinal supérieur. Aucune connection avec l'hypothalamus et autres centres sous-corticaux.

Les auteurs décrivent un faisceau cortico-hypothalamique, qui prend son origine en avant du cortex frontal agranulaire et qui se termine dans les noyaux ventro-médian et latéral de l'hypothalamus. Ils n'ont pu préciser si ce faisceau provient du cortex orbitaire médian ou de la région dorsale frontale.

Douze microphotographies illustrent le travail.

L. MARCHAND.

Les plexus choroïdes dans la tuberculose méningée, par L. BERTRAND et J. SALVAING. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 2 juin 1950).

Dans les plexus choroïdes des ventricules latéraux prélevés à l'autopsie de 20 sujets atteints de méningite tuberculeuse traitée par la streptomycine, il y avait 15 fois des altérations plexuelles dignes d'être retenues ; 5 fois seulement les plexus étaient indemnes sur les coupes examinées.

L'infiltration lympho-histiocytaire de quelques ou de plusieurs franges est la lésion la plus simple observée dans tous les cas (15 fois). Parfois, elle prend l'aspect de nodules épithélioïdes. Dans quelques cas enfin (6 fois), il existe des cellules géantes avec ou sans caséification. Cette description corrobore entièrement celle donnée en 1906 par Loeper.

La confrontation anatomo-clinique, notamment en ce qui concerne l'association d'une granulie ou d'une arachnoïdite de la base du cerveau, ne permet de préciser la part des plexus choroïdes dans la genèse de l'ensemencement méningé que dans un petit nombre de cas. Ils peuvent en être la cause première (tuberculose choroïdienne hémotogène) ou la conséquence (tuberculose choroïdienne par invasion liquidienne) ; souvent ils n'en sont que le témoin plus ou moins actif (envahissement méningé par plusieurs foyers simultanés comme au cours de la granulie).

L. R.

La colonne fibrillaire de la moelle sacrée : sa morphologie, ses lésions dans la poliomyélite antérieure aiguë, sa valeur fonctionnelle, par E. PONS-TORTELLA, R. ROCA-DE-VINALS et B. RODRIGUEZ-ARIAS (de Barcelone). (*Revue neurologique*, 1951, 2^e semestre, n° 3).

En conclusion de ce mémoire, la colonne fibrillaire, dont les caractères morphologiques et topographiques ont été bien précisés (10 figures), constitue le noyau central d'origine du courant parasympathique pelvien. Cette constatation assimile l'importance fonctionnelle de ce groupement nerveux à celle du noyau dorsal du vague.

Les neurones végétatifs parasympathiques de la région sacrée montrent une résistance plus grande que celle des autres groupes cellulaires de la moelle à l'action nocive du virus poliomyélitique.

L. R.

L'étude du neurone et la nouvelle classification des cellules nerveuses sympathiques, par Serge MIKHAILOFF (de Monte-Carlo). (*La Presse médicale*, 14 juin 1950).

L'auteur propose cette définition du neurone : le neurone est une unité structurale, élémentaire et individuelle du tissu nerveux ; il est composé par le corps d'une cellule nerveuse, ses prolongements protoplasmiques (ou les dendrites), son prolongement cylindraxile et les appareils terminaux de ces prolongements.

La méthode de l'auteur de coloration vitale et élective du tissu nerveux par le bleu de méthylène lui a permis de réaliser des préparations microscopiques, sur lesquelles apparaissent des neurones presque complets. Il diffé-

rencie neuf types principaux de cellules nerveuses sympathiques et propose une nouvelle classification de ces cellules, basée sur la structure différente des appareils terminaux de leurs dendrites. 9 figures.

R. C.

BIOLOGIE

Quelques aspects biochimiques du coma hypoglycémique, par A. S. THORLAY et W. KAY (*Proceedings of the Royal Society of médecine*, vol. 44, sect. psychiat., n° 4, novembre 1951).

Des observations de demi-heure en demi-heure ont été faites sur les modifications du glucose sanguin, sur le phosphate inorganique, le potassium, les protéines, le sodium, le chlore et le bicarbonate du sérum chez des sujets soumis à l'insulinothérapie. Les modifications ont été relevées au moment où les sujets présentaient un état confusionnel, un état de stupeur, un coma léger ou profond. A mesure que le traitement se prolonge, la quantité d'insuline pour produire le coma diminue généralement et il devient plus facile de prévoir un état clinique particulier. Les modifications les plus constantes s'observent dans le glucose sanguin, le phosphate et le potassium inorganiques du sérum. Les modifications du phosphate et du potassium suivent celles que l'on note généralement quand le glucose diminue dans le sang. Pendant la phase de stupeur, l'élévation passagère du taux du glucose sanguin s'associe avec une chute marquée du phosphate et spécialement du potassium. On prétend que les effets thérapeutiques de l'insuline sont dus à la stimulation directe du cortex surrénalien ; la chute du potassium renforce cette interprétation. D'après leurs examens, les auteurs notent l'augmentation constante des protéines et du sodium dans le coma léger ; comme le sodium inhibe le glucose, ils pensent qu'il s'agit là d'une seconde ligne de défense. Le coma profond est marqué par un abaissement du sucre sanguin et du bicarbonate.

L. MARCHAND.

Corrélation entre test hydergine-glucose, habitus et psychisme, par Hugo SOLMS (de Bâle). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LXV, 1/2 1950).

Les médicaments neuro-végétatifs ont une efficacité très variable suivant les individus. L'auteur tente, pour l'hydergine, d'en découvrir les causes. Il constate d'abord que l'état psychique en modifie souvent l'action. Il étudie les relations entre psychisme, habitus et système neuro-végétatif ; les réactions de ce dernier sont traduites par la courbe de la glycémie provoquée sous l'influence de l'hydergine. L'auteur a poursuivi ses expériences sur 24 personnes-types et quelques autres. Exposé et discussion des résultats. Graphiques et tableaux. Conclusion : il y a corrélation entre le psychisme et le test végétatif hydergine-glucose, quel que soit le type d'individu. L'efficacité de l'hydergine dépend donc autant de l'état général de l'individu, de son tonus neuro-végétatif et de ses dispositions psychiques que de la dose et des modalités d'application du médicament.

H. BERSOT.

Chronaxies vestibulaires du nerf, des noyaux vestibulaires et de plusieurs neurones jusqu'à la moelle cervicale du lapin. La cascade de chronaxies. Présentation de films, par G. BOURGUIGNON, R. MESSIMY et A. BOURGUIGNON. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 23 décembre 1950).

Les auteurs rapportent les résultats d'expériences faites chez le lapin pour expliquer comment, avec une très grande chronaxie, le nerf vestibulaire peut déterminer des contractions réflexes de muscles de petite chronaxie, comme ceux de l'œil et du cou. L'hypothèse était que le nerf vestibulaire n'agissant sur les centres moteurs que par l'intermédiaire d'au moins quatre neurones intercalaires, il suffisait que la chronaxie allât en diminuant en passant d'un neurone à l'autre. Ce que l'expérience a prouvé.

A la surface du cervelet, la chronaxie, en un point correspondant aux noyaux vestibulaires, est la même que par l'oreille (26,9 mg. et 31,2 mg. pour les inclinaisons à droite et à gauche). En enfonçant l'électrode de Hess-Mounier, on arrête directement les noyaux vestibulaires. La coagulation donne aussitôt un syndrome vestibulaire typique. Le point excité est bien dans les noyaux vestibulaires.

Sur le vermis, on trouve en deux points très précis des chronaxies 80 fois plus petites, sur le bulbe les chronaxies sont la moitié de celles du vermis. Elles arrivent, dans la moelle, dans le faisceau vestibulo-spinal, à être le $\frac{1}{3}$ de celles du bulbe, et elles ne sont plus que cinq à dix fois plus grandes que celles des muscles du cou. Il y a donc une véritable cascade de chronaxies qui explique l'action du nerf vestibulaire de grande chronaxie sur des muscles de petite chronaxie. Il y a probablement encore d'autres neurones intercalaires avec des chronaxies intermédiaires.

Présentation d'un film montrant les mouvements obtenus chez l'homme par les oreilles et chez le lapin par différents points excités après mise à nu du cervelet.

L. R.

Activité électrique du cerveau humain pendant le sommeil artificiel. Différences régionales des tracés suivant la sédation barbiturique, par R. D. WYKE (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 14, n° 2, mai 1951).

Chez 100 sujets soumis au sommeil barbiturique, l'étude électro-encéphalographique a porté sur les différentes phases de narcose suivant leur profondeur. Les enregistrements ont été faits sur les régions frontales, précentrales, postcentrales, occipitales, temporales. L'activité électrique diffère suivant la profondeur de la narcose. Le rythme de 12 c./s. diminue dans la région frontale, mais il peut s'observer dans les régions paracentrales et pariétales quand la narcose devient plus accusée. De même, une activité de 14 à 15 c./s. peut apparaître surtout dans les régions paracentrales, mais elle reste dominante dans les régions fronto-temporales quand le sommeil devient plus léger. Quand le sommeil est très profond, cette activité peut dominer dans les régions occipitales. Dans le passage de l'état de veille à l'état de sommeil, on note que le maximum d'activité s'étend des régions pariéto-occipitales vers les lobes frontaux. En résumé, on ne peut décrire une forme d'activité électrique spéciale correspondant aux divers degrés de narcose. Le cerveau, au début du sommeil, est le siège de zones d'activité variées, qui correspondent aux modifications mentales, motrices et réflexes observées cliniquement.

L. MARCHAND.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois d'AVRIL qu'une seule *séance*. Cette séance aura lieu le *lundi 28 avril 1952*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 12 mai 1952*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 mai 1952*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement). Cette séance prendra place parmi les manifestations accompagnant la célébration du Centenaire de la Société médico-psychologique.

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 9 juin 1952*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 juin 1952*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le D^r BAUDRY est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Montdevergues (Vaucluse) ;

M. le D^r Pierre GALLAVARDIN est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique du Vinatier (Rhône) ;

M. le D^r ZABOROWSKI est nommé médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique départemental de Pierrefeu (Var).

Comité médical supérieur

Sont désignés comme membres de la *Section des maladies mentales du Comité médical supérieur* MM. Xavier ABÉLY, Pierre FOUQUET, Jacques HAMEL, Eug. MINKOWSKI et André RÉGIS.

Prix

Parmi les *prix du concours du film médico-chirurgical de la « Presse médicale »*, un prix a été décerné au film sur « la lobotomie », de MM. FERÉY et CATHALA (de Rennes).

Le *prix de L'Evolution psychiatrique* pour 1952 a été attribué à M. RACAMIER pour un mémoire ayant pour titre « Hystérie et théâtre ».

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Journées médicales toulousaines

Ces journées médicales se tiendront à *Toulouse*, du 20 au 22 mai 1952.

Thème général : « Actualités en neuro-psychiatrie médico-chirurgicale » (sous la *direction* des professeurs M. RISER, LAZORTHES et GÉRAUD).

Secrétaire général : Professeur P. FABRE, 25, rue de Metz, Toulouse

Journées autrichiennes de neurologie et de psychiatrie

Des *Journées autrichiennes de neurologie et psychiatrie* sont organisées les 4 et 5 juin 1952, à *Kreuzstein am Mondsell* (Haute-Autriche) par la *Société des neurologues et psychiatres autrichiens*.

4 juin : 1° Questions de psychiatrie : La thérapeutique par le travail. Les établissements de cure des buveurs. Etablissements pour psychopathes criminels. Education du personnel soignant psychiatrique. — 2° Psychiatrie de l'enfant. — 3° Psychoses alcooliques.

5 juin : « Les maladies vasculaires du cerveau », communications sur sujets libres.

Les spécialistes étrangers sont cordialement invités. Inscriptions et questions détaillées à la clinique neurologique et psychiatrique de l'Université à Vienne IX, Lazarettgasse 14. — Pr Hans HOFF, *Président*.

PSYCHOPATHOLOGIE

Le « syndrome psychique du blizzard »

De la très intéressante relation de la « *Deuxième expédition française en Terre Adélie* », publiée par le Dr J. SAPIN-JALOUSTRE, dans la *Presse médicale*, signalons le passage suivant :

« Tout cela conditionne rapidement un état psychique particulier. « Valette fut le premier à remarquer dans les premiers blizzards de mars, « alors que nous travaillions à la construction de l'atelier, qu'un calcul « élémentaire, une opération mentale simple était très lente ou impos- « sible. Toute efficacité a disparu. Le cerveau est vide, tout est vague, loin- « tain, sans importance. Si l'on tombe, une fois allongé sur la glace il faut « une volonté sérieuse pour se relever et repartir. Debout, il est à peu près « impossible de retrouver comment il faut se placer par rapport au vent « pour se rapprocher de la maison. Un grand nombre d'éléments jouent sans « doute dans ce curieux syndrome dépressif : la fatigue, l'inquiétude, les « déséquilibres perpétuels, la perte de la vision et de l'audition, les dif- « ficultés respiratoires, peut-être aussi les excitations musculaires et arti- « culaires nouvelles dues au fait qu'avec la pesanteur vient se composer la « pression du vent. Cet état, qui pourrait être appelé « syndrome psychique « du blizzard », se rapproche sans doute de l'indifférence des ascension- « nistes et de certains états anoxiques. »

(*La Presse médicale*, 26 mars 1952).

« J. SAPIN-JALOUSTRE (de Paris). »

ACADEMIE DE MEDECINE

Commission de prix pour 1952

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE. — *Prix Baillarger, Boullard, Civrieux, Day, Herpin* (de Genève), *Lereau, Lorquet* : MM. Guillain, Laignel-Lavastine, Lhermitte, André-Thomas, Barbé, Alajouanine. Adjoint : M. Hazard.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1952 (2^e trimestre) — Numéro d'ordre : 1481

Cahgrs, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 82.977. — 1952

C.O.A.L. 31.2330.